

ADA Comment/Complaint Form ADA コメント/クレーム申請フォーム

The American with Disabilities Act (ADA) prohibits discrimination against all qualified disabled individuals in public services, programs, and activities. The City & County of Honolulu, Department of Transportation Services, and Oahu Transit Services are committed to ensuring that no qualified disabled person is discriminated against while using TheBus or TheHandi-Van as prohibited by ADA.

The American with Disabilities Act 「障害を持つアメリカ人法」 (ADA)は、資格条件を満たす全ての障害者が公共のサービスやプログラム、アクティビティを利用する際、差別を受けてはいけいと定めています。ホノルル市郡交通局とオアフ・トランジット・サービスは、資格条件を満たす障害者がザ・バスやザ・ハンディバンを利用する際にADAにより禁止されている差別行為を受けることがないように最善を尽くしています。

Please provide the following information necessary in order to process your complaint. Assistance is available upon request. Complete this form and mail or deliver to:

クレーム申請には以下の情報が必要になります。アシスタントが必要な場合はリクエストしてください。記入したフォームを下住所まで郵送又はお届けください。

Oahu Transit Services, Inc., Compliance Officer, 811 Middle Street, Honolulu, Hawaii 96819.

SECTION I: TYPE OF COMMENT セクション I : コメントの内容				
Is this related to a Reasonable Modification: <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ この件は合理的変更 (リーズナブル・モディフィケーション) に関するものですか?				
If you answered yes, has a request for a modification been previously submitted? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ もし答えが「はい」でしたら変更のリクエストは以前提出されましたか?				
SECTION II: CONTACT INFORMATION セクション II : 連絡先インフォメーション				
Salutation 敬称 [Mr./Mrs./Ms., etc.]:				
Name 名前:				
Street Address 住所:				
City, State, Zip code 市・州・郵便番号:				
Phone 電話:		Email Eメール:		
Accessible Format Requirements 希望する書類のタイプ:	<input type="checkbox"/> Large Print 大きい活字	<input type="checkbox"/> TDD (聴覚障害者用テレコミュニケーション装置)/Relay (英語を話すオペレーター)	<input type="checkbox"/> Audio Recording 録音音声	Other その他:
SECTION III: COMMENT DETAILS セクション III : コメントの詳細				
Transit Service (Choose One) <input type="checkbox"/> TheBus ザ・バス <input type="checkbox"/> TheHandi-Van ザ・ハンディバン 交通サービス (一つ選ぶ)				
Date of Occurrence: 出来事の起こった日		Time of Occurrence: 出来事の起こった時間:		
Name/ID of Employee(s) or Others Involved: 従業員の名前/ID または関わった人の名前				

Vehicle ID/Route Name or Number:

車両の ID/またはルート名か番号

Direction of Travel

行き先:

Location of Incident

出来事の起こった場所:

Mobility Aid Used (if any)

補助具の種類 (使用された場合) :

If above information is unknown, please provide other descriptive information to help identify the employee:

どの情報も不明な場合はその従業員を特定できるような特徴などの情報をおしらせください:

Description of Incident or Message 出来事の説明またはメッセージ:

SECTION IV: FOLLOW-UP セクション IV : フォローアップ

May we contact you if we need more details or information?

更なる情報が必要な場合には連絡をしてもよろしいですか

Yes
はい

No
いいえ

What is the best way to reach you? (Choose One)*

ご希望の連絡法 (一つ選ぶ) *

Phone
電話

Email
Eメール

Mail
郵便

If a phone call is preferred, what is the best day and time to reach you?

電話での連絡を希望される場合は都合のよい曜日と時間をお知らせ下さい

SECTION V: DESIRED RESPONSE (Choose One)* セクション V : 希望の連絡法 (一つ選ぶ) *

Email response Eメールでの対応

Telephone response 電話での対応

Response by U.S. Postal Mail 郵便 (U.S. ポスタルサービス) での対応