

# Lextran 《残疾美国人法案》投☒指控表

## 第一部分

姓名:

地址:

电话 ( 家庭):

电话 ( 手机 ):

电子邮件:

无障碍格式要求?

大字体

音☒

耳聋通话设备/电话中转服务

其他

## 第二部分

公共交通服务: 固定线路/辅助公交 Wheels

事件发生日期:

事件发生时间:

员工姓名 ( 如果知道 ):

车辆识别号/线路名称或号码:

事件发生地点:

使用的出行辅助工具 ( 如有使用 ):

对事件的描述:

如果需要更多空白处, 请使用这张表的背面。

## 第三部分

哪种方式联系您最方便? ( 选择一项 ) 电话/电子邮件/邮政信函

什么时间联系您最方便?

您可以附上您认为与您的投诉指控相关的任何书面材料或其他信息。

签字☐

日期☐

请使用电子邮件提交这张表: [compliance@lextran.com](mailto:compliance@lextran.com), 在以下地址当面提交, 或者把这张表邮寄至以下地址:

Lextran  
ADA Coordinator  
200 West Loudon Avenue  
Lexington, KY 40508