## Proceso de Apelaciones de la ADA

Una persona que no esté de acuerdo con una decisión que determine su elegibilidad puede solicitar una apelación. La solicitud de apelación debe hacerse por escrito y enviarse al Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA, dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la carta de determinación de no elegibilidad.

Las solicitudes deben enviarse a:

**Enviar solicitud completa a:**

**San Miguel Authority for Regional Transportation (SMART)**
ADA Complementary Paratransit Service Coordinator
PO Box 3140
Telluride, CO 81435
O enviar un email a david.averill@smarttelluride.com

Las personas tienen derecho a una audiencia en persona con el Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA, sin embargo, la persona puede renunciar a su derecho a una audiencia en persona, lo que le permite al Coordinador de Servicios Complementarios de Paratránsito (ADA) de SMART revisar el caso sin que la persona esté presente.

El Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA revisará la decisión original y tomará una decisión final sobre la elegibilidad. La decisión del Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA se comunicará por escrito, dentro de los treinta (30) días siguientes, y se indicarán los motivos de la decisión. Si no se toma una decisión dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la apelación, se otorgará la elegibilidad total hasta que se tome una decisión final, y será enviada por escrito por el Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA, la decisión será definitiva.

**Formulario de Apelación de Elegibilidad**

Yo, _____, deseo apelar la decisión de determinación de elegibilidad del Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA recibida el día_____ de 20___.

**Marque el que corresponda:**

☐ La elegibilidad para el servicio complementario de paratránsito de la ADA fue **denegada.**

☐ Se otorgó el servicio **condicional** complementario de paratránsito ADA - Apelación por Elegibilidad condicional para el servicio de paratránsito complementario de la ADA.

☐ Se otorgó el servicio **temporal** complementario de paratránsito ADA - Apelación para la elegibilidad permanente del servicio complementario de paratránsito ADA.

Por lo tanto, solicito una audiencia de apelación con el Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA

Firma_____ Fecha_____

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono:_____

Para solicitar una audiencia de apelación, o presentar documentación adicional, como parte de su apelación, envíe los documentos a:

**San Miguel Authority for Regional Transportation (SMART)**
ADA Complementary Paratransit Service Coordinator
PO Box 3140
Telluride, CO 81435
O envíe un email a david.averill@smarttelluride.com

**Por favor, incluya cualquier información adicional que desee se considere parte de su apelación **

La decisión del Coordinador de SMART para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA es final. Los solicitantes tienen derecho a recibir el servicio si el Comité no ha tomado una decisión dentro de los 30 días posteriores a la finalización del proceso de apelación.