نموذج شكاوى الباب السادس

تلتزم VIA Metropolitan Transit بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في أو حرمانه من المزايا أو تعرضه للتمييز في تلقي خدماتها أو برامجها على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي بموجب حماية الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، بصيغته المعدلة. يجب تقديم الشكاوى في غضون 180 يومًا من تاريخ واقعة التمييز المزعومة.

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة الشكوى. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فيُرجى الاتصال بمكتب تكافؤ فرص العمل عن طريق الاتصال بالرقم 2320-362-210 أو عبر البريد الإلكتروني على martha.flores@viainfo.net.

يُرجى تعبئة هذا النموذج والتوقيع عليه وإعادته إلى:

VIA Metropolitan Transit
Martha Flores, EEO Officer
1021 San Pedro Avenue
San Antonio, TX 78212

القسم الأول	
الاسم:	
العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
هاتف (المنزل):	هاتف (العمل):
عنوان البريد الإلكتروني:	
القسم الثاني	
الشخص (الأشخاص) الذي تعرض للتمييز (إذا كان بخلاف مقدم الشكوى): الاسم (الأسماء):	
العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
القسم الثالث	
أعتقد أن التمييز الذي واجهته كان يرجع إلى (حدد كل ما ينطبق) [ ] العرق [ ] اللون [ ] الأصل القومي تاريخ واقعة التمييز المزعومة (شهر/يوم/سنة): _____	

اشرح بوضوح قدر الإمكان، ماذا حدث ولماذا تعتقد أنك تعرضت للتمييز. اذكر أسماء ووظائف جميع موظفي و/أو خدمات و/أو برامج VIA المعنية. اشرح ما حدث، ومن تعتقد أنه المسؤول، وغيرها من المعلومات المحددة ذات الصلة. يُرجى إرفاق صفحات إضافية إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية. بالإضافة إلى ذلك، الرجاء إرفاق أي مواد مكتوبة أو معلومات أخرى ترى أنها ذات صلة بشكواك.

القسم الرابع
هل سبق لك تقديم شكوى تمييز إلى هذه الوكالة؟ [ ] نعم [ ] لا *إذا كان جوابك نعم، فيُرجى ذكر تاريخ تقديم الشكوى، وملخص ادعاءات التمييز الواردة فيها، والقرار الصادر بشأنها أو حلها.*
القسم الخامس
هل سبق لك تقديم هذه الشكوى إلى أي وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية أخرى أو أي محكمة فيدرالية أو تابعة للولاية؟ [ ] نعم [ ] لا إذا كانت الإجابة نعم، فحدد جميع ما ينطبق واذكر اسم الوكالة أو المحكمة [ ] وكالة فيدرالية _____ [ ] وكالة تابعة للولاية _____ [ ] محكمة فيدرالية _____ [ ] وكالة محلية _____ يرجى تقديم معلومات بشأن الشخص المسؤول في الوكالة/المحكمة التي قُدِمت فيها الشكوى.
الاسم:
المسمى الوظيفي:
الوكالة:
الهاتف:

أقر بأنني قد قرأت الاتهام الوارد أعلاه وبأنه صحيح على حد علمي واعتقادي.

_____ _____

توقيع مقدم الشكوى التاريخ

_____

اسم مقدم الشكوى مكتوبًا أو مطبوعًا

لاستخدام مكتب تكافؤ فرص العمل فقط: تاريخ استلام VIA: _____ المستلم: _____