فرم شکایت اصل ششم

VIA Metropolitan Transit متعهد است اطمینان حاصل کند که طبق آنچه در اصل ششم قوانین حقوق مدنی مصوب سال 1964 و اصلاحیه‌های بعدی آن ذکر شده، هیچ شخصی بر اساس نژاد، رنگ یا ملیت از مشارکت در خدمات یا برنامه‌های ارائه شده توسط این نهاد مستثنی نشده یا از مزایای آنها محروم نمی‌گردد و همچنین مورد تبعیض قرار نمی‌گیرد. شکایات باید ظرف 180 روز از تاریخ تبعیض ادعایی ثبت شود.

اطلاعات زیر لازم است تا به ما در رسیدگی به شکایت شما کمک کند. اگر به هر گونه کمکی در تکمیل این فرم نیاز دارید، لطفاً از طریق شماره 210-362-2320 و یا ایمیل martha.flores@viainfo.net با دفتر EEO تماس بگیرید.

لطفاً این فرم را تکمیل و امضا کنید و به آدرس زیر ارسال نمایید:

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

بخش اول	
نام:	
آدرس، شهر، ایالت و کد پستی:	
تلفن (منزل):	تلفن (محل کار):
آدرس ایمیل:	
بخش دوم	
شخص (اشخاص) مورد تبعیض قرار گرفته (اگر کسی غیر از شاکی است): نام(ها):	
آدرس، شهر، ایالت و کد پستی:	
بخش سوم	
من معتقدم تبعیضی که تجربه کردم بر اساس یک یا چند مورد از موارد زیر بود (همه مواردی را که صدق می‌کند، علامت بزنید) [ ] نژاد [ ] رنگ [ ] ملیت تاریخ تبعیض ادعایی (ماه، روز، سال): _____	

تا حد ممکن به وضوح توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد و چرا فکر می‌کنید مورد تبعیض قرار گرفته‌اید. اسامی و عناوین تمام کارکنان VIA و/یا خدمات یا برنامه‌های VIA را که در موضوع دخیل بودند، ارائه کنید. توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد، فکر می‌کنید چه کسی مسئول بوده است و سایر اطلاعات خاص و مرتبط را شرح دهید. در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً برگه اضافه ضمیمه کنید. علاوه بر این، لطفاً هر گونه مطالب کتبی یا سایر اطلاعاتی را که فکر می‌کنید به شکایت شما مربوط می‌شود، ضمیمه کنید.

بخش چهارم
آیا قبلاً شکایت مربوط به تبعیض به این سازمان ارسال کرده‌اید؟ [ ] بله [ ] خیر *اگر پاسخ بله دادید، لطفاً تاریخ شکایت، خلاصه‌ای از اتهامات تبعیض مندرج در شکایت خود و وضعیت رسیدگی یا حل و فصل آن را ارائه دهید.*
بخش پنجم
آیا شما این شکایت را به هر سازمان فدرال، ایالتی، محلی یا هر دادگاه فدرال یا ایالتی دیگری ارسال کرده‌اید؟ [ ] بله [ ] خیر اگر بله، تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید و نام سازمان یا دادگاه را ذکر کنید [ ] سازمان فدرال _____ [ ] سازمان ایالتی _____ [ ] دادگاه فدرال _____ [ ] سازمان محلی _____ لطفاً اطلاعات مربوط به فرد مسئول پاسخگویی در سازمان/دادگاه را که در آن شکایت ثبت شده است، ارائه دهید.
نام:
عنوان:
سازمان:
تلفن:

من تأیید می‌کنم که اتهام فوق را خوانده‌ام و با توجه به اطلاعات و اعتقاد من، حقیقت دارد.

_____ _____

امضای شاکی تاریخ

_____

نام شاکی به صورت خوانا (حروف بزرگ) یا تایپ‌شده

این بخش صرفاً توسط دفتر EEO تکمیل می‌شود: تاریخ دریافت در VIA: _____ دریافت‌کننده: _____