

هيئة المواصلات بمنطقة العاصمة نموذج شكوى الفصل السادس لدى كاتا

يرجى استيفاء هذا النموذج لتقديم شكوى بموجب الفصل السادس. يمكنك إرسال النموذج عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى كاتا، نائب المدير التنفيذي، موظف الحقوق المدنية. أو أرسله عبر البريد إلى Tranter Street, Lansing, MI 48910؛ البريد الإلكتروني TitleVI@cata.org؛ أو عبر الفاكس رقم 317-394-3733. أرفق أي مادة مكتوبة أو أي معلومات أخرى تعتقد بأنها ذات صلة مع هذا النموذج.

القسم 1 - معلومات صاحب الشكوى	
الاسم	
العنوان	الشارع
	المدينة
الهاتف	المنزل/الغرفة
البريد الإلكتروني	العمل
	الولاية
	الرمز البريدي
هل تحتاج إلى توفير المواد على شكل وسائل تواصل خاصة بنوي الإعاقة؟ إذا كانت إجابتك بنعم يرجى تحديد النوع.	
_____ نعم ___ لا النوع:	
هل تقدم هذا الشكوى باسمك؟	
*إذا كانت إجابتك على هذا السؤال بـ "نعم"، يرجى الانتقال إلى القسم 2.	
وإذا كانت بلا، يرجى ذكر اسم الشخص الذي تقدم الشكوى نيابة عنه وعلاقتك به.	
الاسم	
العلاقة:	
يرجى تأكيد حصولك على إذن الطرف المظلوم إذا كنت ترفع هذه الشكوى نيابة عنه:	
_____ نعم ___ لا	
القسم 2 - الشكوى	
يرجى تحديد طبيعة التمييز:	
العرق	_____ اللون
الأصل الوطني أو القومي	_____
تاريخ التصرفات التمييزية المزعومة (الشهر/اليوم/السنة)	
أوصف ما الذي حدث وكيف تعتقد أنك تعرضت للتمييز. اذكر أسماء ومعلومات التواصل الخاصة بالأشخاص الذين مارسوا التمييز ضدك (إذا كان ذلك معروفًا لك) بالإضافة إلى أسماء ومعلومات التواصل الخاصة بأي شهود على الواقعة. لمزيد من المساحة، يرجى إرفاق أوراق إضافية.	
القسم 3 - معلومات رفع الشكوى	
ما الطريقة التي تريد أن يتم إخطارك بها بالنتيجة؟	
البريد الإلكتروني	_____ خطاب رسمي
_____ نعم ___ لا	
هل سبق لك تقديم شكوى بموجب الفصل السادس لدى كاتا؟	
هل سبق لك تقديم هذه الشكوى لدى أي هيئة أخرى (فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية أو أي محكمة فيدرالية أو تابعة للولاية؟	
_____ نعم ___ لا	
إذا كانت الإجابة نعم، ضع علامة بجانب النقاط التي تنطبق:	
_____ هيئة فيدرالية	_____ محكمة فيدرالية
_____ هيئة تابعة للولاية	_____ محكمة تابعة للولاية
_____ هيئة قانونية	
اسم الهيئة	
تاريخ التقديم	
جهة الاتصال في الهيئة	الاسم
	الوظيفة
عنوان الهيئة	الشارع
	المدينة
	الولاية
	الرمز البريدي

CATA Title VI Complaint Form (Arabic)

	التوقيع
	التاريخ