FORMULAIRE DE PLAINTE EN VERTU DU TITRE VI

l'Autorité métropolitaine de transport (Metropolitan Transit Authority) du comté de Harris, Texas (METRO)
Bureau de l'égalité des chances en matière d'emploi (EEO)

METRO s'engage à veiller à ce que personne ne soit exclu de la participation à ses services ou ne se voie refuser les avantages de ceux-ci en raison de sa race, de sa couleur ou de son origine nationale, comme le prévoit le titre VI de la loi sur les droits civils de 1964, telle que modifiée. Les plaintes en vertu du titre VI doivent être déposées dans les 180 jours suivant la date de la discrimination présumée.

Les informations suivantes sont nécessaires pour nous aider à traiter votre plainte. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez contacter le coordinateur en vertu du Titre VI en appelant le (713) 652-8658. Le formulaire rempli doit être renvoyé au METRO EEO Office, Title VI Coordinator, 1900 Main Street, P.O. Box 61429, Houston, TX 77208-1429.

Votre nom :	Téléphone :
Adresse de la rue :	Téléphone alternatif :
	Ville, État et code postal
Personne(s) discriminée(s) (si une personne autre que le plaignant) : Nom(s) :	
Adresse, ville, état et code postal :	

Lequel des éléments suivants décrit le mieux la raison de la discrimination présumée ? (Cochez une case)

☐ RACE

☐ COULEUR

☐ ORIGINE NATIONALE
(COMPÉTENCE LIMITÉE EN ANGLAIS)

Date de l'incident : _____

Heure de l'incident : _____

Veuillez décrire l'incident de discrimination présumé. Indiquez les noms et titres de tous les employés de METRO responsables. Expliquez ce qui s'est passé, qui, selon vous, était responsable, et toute autre information spécifique pertinente. Veuillez utiliser la page suivante de ce formulaire si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

_____

_____

(Remplir la page suivante du formulaire)

Veuillez décrire l'incident de discrimination présumé (suite)

Avez-vous déposé une plainte auprès d'autres organismes fédéraux, étatiques ou locaux ?
(Cochez une case)

☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, indiquez l'agence ou les agences et leurs coordonnées ci-dessous.

Agence : Nom du contact :

Adresse, ville, état et code postal Téléphone :

Agence : Nom du contact :

Adresse, ville, état et code postal : Téléphone :

J'affirme avoir lu l'accusation ci-dessus et qu'elle est vraie au meilleur de ma connaissance.

Nom du requérant en lettres moulées ou en caractères d'imprimerie

Date

Signature du requérant

Date de réception :

Reçu par :