

نموذج شكوى الباب السادس

هيئة النقل الحضرية في مقاطعة هاريس، تكساس (METRO)
مكتب تكافؤ فرص العمل (EEO)

METRO ملتزمة بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في خدماتها أو حرمانه منها على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، وفقاً لما ينص عليه الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 بصيغته المعدلة. يجب ملء شكوى الباب السادس في غضون 180 يوماً من تاريخ واقعة التمييز المزعومة.

إنّ المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة شكواك. إذا احتجت إلى الحصول على أي مساعدة في إكمال هذا النموذج، يُرجى الاتصال بمنسق الباب السادس على رقم 652-8658 (713). يجب إعادة النموذج بعد تعبئته إلى مكتب METRO EEO، منسق الباب السادس، 1900 الشارع الرئيسي، صندوق بريد 61429، هيوستن، TX 77208-1429.

اسمك:	الهاتف:
عنوان الشارع:	الهاتف البديل:
	المدينة، والولاية والرمز البريدي
الشخص (الأشخاص) الذين تعرضوا للتمييز (إذا كان شخصاً آخر غير مُقدم الشكوى):	
الاسم (الأسماء):	
عنوان الشارع، والمدينة، والولاية والرمز البريدي:	

أي من التالي يصف السبب وراء التمييز المزعوم على أفضل نحو؟ (ضع علامة على واحدة)

العرق	<input type="checkbox"/>
اللون	<input type="checkbox"/>
الأصل القومي	<input type="checkbox"/>
(إجادة محدودة للغة الإنجليزية)	<input type="checkbox"/>

تاريخ الواقعة: _____

وقت الواقعة: _____

يُرجى وصف واقعة التمييز المزعومة. اذكر أسماء جميع عمالي METRO المسؤولين ومناصبهم. وضح ماذا حدث والمسؤولين عن الواقعة في اعتقادك، واذكر المعلومات الأخرى المحددة ذات الصلة. تفضل باستخدام الصفحة التالية من هذا النموذج إذا احتجت إلى مساحة إضافية.

(أكمل في الصفحة التالية من النموذج)

هل تقدمت بشكوى إلى إحدى الوكالات الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية الأخرى؟ (ضع علامة على واحدة)

نعم لا

إذا كان الأمر كذلك، اذكر الوكالة/الوكالات ومعلومات الاتصال أدناه.

الوكالة: اسم جهة الاتصال:

عنوان الشارع، والمدينة، والولاية والرمز البريدي: الهاتف:

الوكالة: اسم جهة الاتصال:

عنوان الشارع، والمدينة، والولاية والرمز البريدي: الهاتف:

أؤكد أنني قرأت التهمة المذكورة أعلاه وهي صحيحة بقدر علمي.

التاريخ

اسم مقدم الشكوى مطبوعاً أو مكتوباً

توقيع مُقدم الشكوى:

تاريخ الاستلام: استلمها:
