

يُرجى وضع علامة أمام أحد الخيارات التالية:

شكوى بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) أو شكوى بموجب الباب السادس (Title VI)

الجزء الأول.

الاسم: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التنسيقات الإضافية المطلوبة:

جهاز الاتصال النصي (TDD)

لا يوجد

شريط صوتي

طباعة بحروف كبيرة

أخرى

الجزء الثاني.

هل تتقدم بهذه الشكوى نيابةً عن نفسك؟

نعم – انتقل إلى الجزء الثالث

لا – يُرجى ذكر اسم الشخص الذي تتقدم بالشكوى نيابةً عنه، وتوضيح صلة القرابة/العلاقة به:

اسم الفرد: _____

صلة القرابة/العلاقة: _____

يُرجى توضيح سبب تقديمك للشكوى نيابةً عن طرف ثالث:

تأكيد:

لقد حصلتُ على إذنٍ من الطرف المتضرر لتقديم هذا النموذج نيابةً عنه/عنها.

لم أؤكد الحصول على إذنٍ لتقديم هذا النموذج نيابةً عن الطرف المتضرر.

الجزء الثالث.

أعتقد أن التمييز الذي تعرضتُ له كان قائماً على أساس:

العرق

اللون

الأصل القومي

إعاقتي

آخر: _____

تاريخ وقوع التمييز المزعم:

يُرجى شرح ما حدث بأقصى قدرٍ ممكن من الوضوح، وتوضيح سبب اعتقادك بأنك تعرضت للتمييز. صِف جميع الأشخاص الذين كانوا مشاركين في الواقعة. أدرج اسم ومعلومات الاتصال الخاصة بالشخص (أو الأشخاص) الذي مارس التمييز ضدك (إن كانوا معروفين)، بالإضافة إلى أسماء ومعلومات الاتصال الخاصة بأي شهود.

الجزء الرابع.

هل سبق لك تقديم شكوى بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) و/أو الباب السادس (Title VI) لدى هذه الوكالة؟

نعم

لا

الجزء الخامس.

هل قمتَ بتقديم هذه الشكوى لدى أي وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية أخرى، أو لدى أي محكمة فيدرالية أو تابعة للولاية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى وضع علامة أمام كل ما ينطبق:

وكالة فيدرالية محكمة فيدرالية

وكالة تابعة للولاية محكمة تابعة للولاية

وكالة محلية

يُرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بشخص مسؤول في الوكالة أو المحكمة التي تم تقديم الشكوى إليها:

الاسم: _____

المنصب: _____

الوكالة: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

الجزء السادس.

اسم الوكالة التي قُدمت الشكوى ضدها: _____

جهة الاتصال: _____

المنصب: _____

رقم الهاتف: _____

إشعار هام: حمايةً لحقوقك، يجب تقديم شكواك في غضون 180 يوماً من تاريخ وقوع التمييز المُدَّعى به. وقد يؤدي عدم تقديم الشكوى خلال فترة الـ 180 يوماً إلى رفض الشكوى. يمكنك إرفاق أي مواد مكتوبة إضافية أو معلومات أخرى ترى أنها ذات صلة بشكواك مع هذا النموذج. يُلزم التوقيع وتدوين التاريخ أدناه.

توقيع الشخص مقدم الشكوى _____

التاريخ _____