



Форма жалобы в рамках Раздела VI Приложение С-1

Если вы полагаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи или национального происхождения со стороны Community Transit, то можете подать жалобу в рамках Раздела VI, заполнив и отправив настоящую форму жалобы в рамках Раздела VI. **Жалобы необходимо подавать в течение 180 дней после предполагаемого факта дискриминации.** Если вам нужна помощь с заполнением этой формы, обратитесь в службу работы с клиентами по телефону (425) 353-RIDE (7433) или по адресу электронной почты riders@commtrans.org.

Раздел 1. Контактная информация

Имя: _____ Телефон: _____

Почтовый адрес: _____

Город/штат/индекс: _____

Адрес электронной почты: _____

Требования к доступности формата: Помощь переводчика Крупный шрифт Другое

Вы подаете эту жалобу от собственного имени? Да Нет

Если НЕТ, укажите, от имени кого вы подаете жалобу и кем вы приходите к этому человеку:

Раздел 2. Информация о предполагаемом факте дискриминации

Я полагаю, что в отношении меня была допущена дискриминация по признаку:

расы цвета кожи национального происхождения

Дата предполагаемого факта дискриминации (месяц/день/год): _____

Место предполагаемого факта дискриминации: _____

Если предполагаемый факт дискриминации имел место в автобусе, укажите маршрут, направление движения и номер автобуса (при наличии):

Опишите, что произошло и почему, по вашему мнению, вы подверглись дискриминации. Укажите имена, должности и опишите участвовавших в происшествии сотрудников Community Transit, а также внесите свидетелей и их контактную информацию. Если требуется дополнительное место, вы можете приложить любые письменные материалы.

Раздел 3. Информация о жалобе

Подавали ли вы ранее в Community Transit жалобы в рамках Раздела VI? Да Нет

Подали ли вы эту жалобу в другие федеральные, региональные или местные учреждения? Да Нет

Если ДА, укажите ниже соответствующие учреждения и их контактную информацию.

Учреждение: _____ Имя контактного лица: _____

Адрес: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____

Контактный телефон: _____

Раздел 4. Подпись

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, имеющую отношение к вашей жалобе.

Поставьте подпись и дату.

Имя

Дата

Почтовый адрес:
Community Transit
2312 W Casino Road
Everett, Washington 98204
ATTN: Title VI Officer

Приложение С
Форма жалобы в рамках Раздела VI