

نموذج شكوى الباب السادس هيئة العبور الإقليمية لمنطقة دي موين (DART)

تلتزم دارت بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في خدماتها أو حرمانه من مزاياها على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، على النحو المنصوص عليه في الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، بصيغته المعدلة. ويجب تقديم الشكاوى المتعلقة بالباب السادس في غضون 300 يوم من تاريخ التمييز المزعوم.

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة شكاؤك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في إكمال هذا النموذج، فيرجى الاتصال بمدير تجربة عملاء دارت عن طريق الاتصال بالرقم (515-283-8131) يجب إعادة النموذج المكتمل إلى دارت، مدير تجربة العملاء، 620 Cherry St. Des Moines, Iowa 50309

الهاتف الصباحي:	اسم:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	عنوان الشارع:

الشخص الذي تعرض للتمييز (إذا كان شخص آخر صاحب الشكوى):

الهاتف الصباحي:	اسم:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	عنوان الشارع:

أي مما يلي يصف سبب التمييز المزعوم على أفضل وجه؟ (تحقق مما ينطبق)

- العرق لون الأصل القومي إجابة محدودة للغة الإنجليزية آخر: _____

تاريخ الحادث: _____

تاريخ الحادث: _____

هل قدمت شكوى إلى أي وكالات اتحادية أو ولائية أو محلية أخرى؟ (اختر واحده)

لا

نعم

إذا كان الأمر كذلك، فقم بإدراج الوكالة / الوكالات ومعلومات الاتصال:

اسم جهة الاتصال:	وكالة:
رقم الهاتف:	عنوان:

اسم جهة الاتصال:	وكالة:
رقم الهاتف:	عنوان:

أؤكد أنني قرأت التهمة المذكورة أعلاه وهي صحيحة على حد علمي.

تاريخ

توقيع مقدم الشكوى

اسم مقدم الشكوى

تاريخ الاستلام:
تم استلامه من قبل: