

<b>M</b> metro	<b>TITLE VI COMPLAINT FORM</b> <b>Washington Metropolitan Area Transit Authority (WMATA)</b>	نموذج شكوى لقانون 6 سلطة مرور لمنطقة واشنطن العاصمة مكتب حقوق الانسان	<b>M</b> metro
-------------------	---	---	-------------------

تلتزم سلطة مرور منطقة واشنطن العاصمة (وماتا) WMATA بضمان المشاركة لجميع الأشخاص في الخدمات أو الاستفادة منها بغض النظر عن العرق أو اللون أو القومية الأصلية تبعاً لقانون رقم 6 المعدل من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 Title VI of the Civil Rights Act of 1964. وتعتبر المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في النظر في موضوع الشكوى. إذا كنت تحتاج لأي مساعدة في إكمال على الرقم 6 هذا النموذج، يرجى الإتصال بمنسق القانون رقم (202) 962-2582

الطابق الخامس، شمال 600، ج 3. - يجب إعادة الطلب المعبأ بالكامل الى مكتب الحقوق المدنية في وماتا على العنوان 20024 غرب واشنطن دي سي.

WMATA Office of Equal Employment Opportunity 300 7th Street, NW, Washington, DC 20024

#### اكتب بوضوح

القسم الأول:	
الإسم:	
العنوان:	
رقم هاتف (المنزل):	رقم هاتف (العمل):
عنوان البريد الإلكتروني:	
نوع التسهيلات المطلوبة:	
<input type="checkbox"/> طباعة ذات خط كبير <input type="checkbox"/> شريط <input type="checkbox"/> جهاز الاتصالات السلكية واللاسلكية للصم <input type="checkbox"/> غيره	

القسم الثاني:	
هل أكملت هذه الشكوى بنفسك؟	
<input type="checkbox"/> نعم ( ان كانت الإجابة نعم، انظر القسم 3) <input type="checkbox"/> لا	
إن كان الجواب لا، يرجى إعطاء إسم وعلاقة الشخص الذي أكمل الشكوى.	
رجاءً فسر سبب تعيّنك الشكوى لشخص آخر.	
الرجاء التأكيد على حصولك على إذن من الطرف المشتكى إذا كنت تقدم الشكوى نيابة عن غيرك.	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

القسم الثالث:	
أعتقد أن التمييز الموجه إلي هو بسبب. ( إملأ كل ما يصح )	
<input type="checkbox"/> عرق <input type="checkbox"/> بلد الأصل <input type="checkbox"/> لون <input type="checkbox"/> غيره	
تاريخ حصول التمييز المزعوم - (شهر، يوم، سنة):	
فسر بوضوح ما حصل ولماذا تعتقد أنه تم التمييز ضدك. صف كل الأشخاص المشاركين في الحادثة. أضف إسم و عنوان الشخص أو الأشخاص الذين قاموا .	

بالتمييز ضدك (إذا كانت معروفة لديك) و أسماء ومعلومات الاتصال لأي شهود. إذا احتجت إلى مساحة أكبر، استخدم الجانب الخلفي لهذا النموذج من فضلك.


**القسم الرابع:**

هل قدمت شكوى تحت قانون 6 لهذه الدائرة في السابق؟

نعم  
 لا

**القسم الخامس:**

هل قدمت هذه الشكوى لأي دائرة أخرى سواء كانت فيدرالية أو ولاية أو محلية أو لأي محكمة فيدرالية أو محكمة ولاية؟

نعم  
 لا

الرجاء تزويدنا بالمعلومات التالية إذا كنت قد قدمت الشكوى لأي جهة أخرى:

الدائرة:	اسم الموظف:
العنوان:	رقم الهاتف:
الدائرة:	اسم الموظف:
العنوان:	رقم الهاتف:

يمكن إلحاق أي مواد مكتوبة أو معلومات أخرى تعتقد أنها ذات صلة بالشكوى.

أوكد بأنني قرأت الطلب أعلاه وأنه صحيح بحد علمي و معلوماتي و إدراكي.

التاريخ

توقيع المشتكي

يرجى تقديم نموذج الشكوى هذا إلى:

وماتا على العنوان ج-٧، ٣، ٦٠٠، الطابق الخامس، شمال غرب واشنطن دي. سي. 20024

WMATA Office of Equal Employment Opportunity

300 7th Street, SW, Washington, DC 20024.