فرم شکایت نامه
اولیای امور ترابری منطقه‌ای واشنگتن
دفتر حقوق مدنی

همانگونه که در بند ششم قانون حقوق مدنی مصوبهٔ سال ۱۹٦٤ آمده است؛ اولیای امور ترابری منطقه‌ای واشنگتن مصمم است تا از ندادن خدمات به هیچ فردی بر اساس نژاد، رنگ پوست و یا هویت ملی پرهیز کند. ما به اطلاعات زیر احتیاج داریم تا بتوانیم به شکایت شما رسیدگی کنیم. چنانچه شما در تکمیل کردن این فرم به کمک احتیاج دارید؛ لطفاً با هماهنگ کنندهٔ فصل ششم قانون با شماره تلفن 962-2582 (202) تماس بگیرید.

فرم تکمیل شده باید به هماهنگ کنندهٔ فصل ششم قانون در دفتر حقوق مدنی اولیای امور ترابری منطقه‌ای واشنگتن در این آدرس ارسال شود:
WMATA Office of Equal Employment Opportunity, 300 SW, Washington, DC 20024. (لطفاً خوانا بنویسید)

قسمت ۱:	
نام:	
آدرس:	
تلفن محل کار:	تلفن منزل:
آدرس پست الکترونیک	
الزامات دستیابی؟	دیگر(قید کنید) ☐ بریل ☐ نوار شنوایی ☐ چاپ درشت ☐

قسمت ۲:	
آیا این شکایت از طرف خود شما میباشد؟	خیر ☐ بله* بروید به قسمت ۳ ☐
	اگر خود شما شاکی نیستید؛ لطفاً نام و نسبت (به شما) شخصی که از طرف او این فرم شکایت را پر میکنید بنویسید.
	لطفاً توضیح دهید که چرا برای شخص ثالثی این شکایت را به ثبت رسانده‌اید:
خیر ☐ بله ☐	اگر برای شخص ثالثی که مورد اجحاف قرار گرفته این فرم را پر میکنید؛ لطفاً تصدیق کنید که از آن شخصی اجازه انجام این کار را گرفته اید.

قسمت ۳:
من بر این باورم که تبعیضی که من تجربه کردم بر اساس (یکی یا همهٔ آنهایی که صدق میکند را علامت بزنید) (مشخص کنید)دیگر ☐هویت ملی ☐ **رنگ پوست** ☐ **نژاد** ☐
تاریخی که این تبعیض ادعا شده اتفاق افتاده است؛ (ماه، روز، سال):
تا آنجایی که ممکن است به شفافیت کامل توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد و چرا شما فکر میکنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید. مشخصات تمام افراد درگیر را شرح دهید. (اگر میدانید) نام و اطلاعات لازمه برای تماس گرفتن با شخص (اشخاص) که شما را مورد تبعیض قرار دادند؛ به علاوهٔ ، اگر شاهدانی حضور داشته‌اند، نام و اطلاعات لازمه برای تماس گرفتن با آنها. اگر جای بیشتری برای توضیح دادن نیاز باشد؛ لطفاً از پشت این فرم استفاده شود.

پشت فرم را هم تکمیل کنید.

قسمت ٤:	
خیر ☐ بله ☐	آیا پیش ا ز این شکایت نامه دیگری بر اساس بند ششم قانون در این سازمان به ثبت رسانده‌اید؟ لطفاً توضیح دهید.

قسمت٥:	
خیر ☐ بله ☐	آیا این شکایت را در هیچ ادارهٔ دیگر فدرال، ایالتی، یا محلی یا در هیچ دادگاه فدرال یا ایالتی به ثبت رسانده‌اید؟ اگر این شکایت را در جای دیگری به ثبت رسانده‌اید، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید:
نام شخص برای گرفتن تماس:	اداره:
شماره تلفن:	آدرس:

نام شخص برای گرفتن تماس:	اداره:
شماره تلفن:	آدرس:

شما میتوانید هر مطلب نوشتاری یا اطلاعاتی را که فکر میکنید به شکایت شما مربوط میشود ضمیمه کنید.

تصدیق میکنم که اتهام ذکر شده در بالا را خوانده و به باور، اطلاعات و تا آنجایی که میدانم حقیقت میباشد.

امضاء شاکی تاریخ

لطفاً این شکایت نامه را به این آدرس تحویل دهید:
WMATA Office of Equal Employment Opportunity 300 7th Street, SW, Washington, DC 20024.