

لا تقوم Spokane Transit Authority (STA، هيئة سبوكان للنقل) بالتمييز في تقديمها للخدمة على أساس العرق، واللون، والأصل القومي. ويجوز لأي شخص يعتقد بأن STA قد مارست التمييز ضده على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي تقديم شكوى باستخدام هذا النموذج. لا تحقق STA في الشكاوى الواردة بعد مرور أكثر من 180 يومًا على وقوع الحادث المزعوم.

للحصول على مزيد من المعلومات بشأن التزام STA بعدم ممارسة التمييز، أو لطلب نسخة من هذا النموذج بتنسيق بديل بسبب الإعاقة، تواصل مع أمين التظلمات في STA:

STA Ombudsman
Spokane Transit
1230 W. Boone Ave.
Spokane, WA 99201
(509) 325-6094 (TTY Relay 711)
ombudsman@spokanetransit.com

(الرجاء الكتابة أو الطباعة بوضوح)

1. اسم مقدم الشكوى: _____
2. العنوان: _____
3. المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____
4. الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

5. هل أنت مقدم الشكوى؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة «لا»، فاذكر اسمك: _____
صلة القرابة بمقدم الشكوى: _____
الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

هل يعلم مقدم الشكوى أنك تقدم هذه الشكوى؟ ☐ نعم ☐ لا

6. أي مما يلي يُعد في رأيك السبب الرئيسي وراء حدوث التمييز؟ هل كان ذلك بسبب:

- ☐ العرق
☐ اللون
☐ الأصل القومي

7. تاريخ حدوث التمييز المزعوم: _____

8. صِف بأسلوبك الخاص حادثة التمييز المزعوم. اشرح ما حدث، واذكر الشخص الذي تعتقد أنه المسؤول عن وقوع الحادثة. يُرجى إرفاق وثائق إضافية إذا لزم الأمر.

9. يُرجى ذكر الاسم، وعنوان البريد العادي، ورقم الهاتف الخاص بأي شخص كان شاهداً على حادثة التمييز المزعوم.

10. هل قدّمت هذه الشكوى إلى أي وكالة أو محكمة أخرى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة «نعم»، فاذكر الاسم، والعنوان، ورقم هاتف الشخص الذي يمكن التواصل معه في

الوكالة/المحكمة الأخرى: _____

توقيع مقدم الشكوى _____ التاريخ _____

يمكنك إرفاق أي مواد مكتوبة أو غيرها من المعلومات التي تعتقد أنها ذات صلة بشكواك.

تُرجى إعادة النموذج المكتمل وأي مواد إضافية إلى:

STA Ombudsman

Spokane Transit

1230 W. Boone Ave.

Spokane, WA 99201

(509) 325-6094 (TTY Relay 711)

ombudsman@spokanetransit.com