

تعليمات

ترحب شركة TriMet بجميع الركاب الذين يستخدمون خدماتها بغض النظر عن هويتهم الشخصية أو المكان المُنحدرين منه. وتلتزم شركة TriMet بمنح الجميع فرصاً متساوية للوصول إلى مرافقها وخدماتها وفقاً لما ينص عليه قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

المعلومات التالية ضرورية لكي تساعدونا في معالجة شكواكم. وإذا كنتم بحاجة إلى أي مساعدة في استكمال هذا النموذج أو تحتاجون إلى معلومات مُنسقة بصيغة بديلة، فيرجى إعلامنا بذلك باستخدام معلومات الاتصال بنا الموجودة في الصفحة التالية.

إذا كنتم بحاجة إلى مساعدة في استكمال هذا النموذج، فيرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء لدى TriMet على الرقم 503.238.7433. يمكنكم أيضاً الدردشة إلكترونياً مع أحد العاملين في قسم خدمة العملاء بالذهاب إلى trimet.org/contact

القسم الأول - المعلومات الخاصة بكم

الاسم:		الضمائر (اختياري):		رقم الهاتف:
عنوان الشارع:				
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	عنوان البريد الإلكتروني:	

القسم الثاني - معلومات عن الطرف المُتضرر (يتم تعبئته فقط إذا كنتم تقدّمون هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر)

هل حصلتم على إذن من الطرف المُتضرر لتقديم هذه الشكوى نيابة عنهم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم الطرف المُتضرر:	الضمائر (اختياري): صلة علاقتهم بك:

يرجى توضيح سبب قيامكم بتقديم هذه الشكوى نيابة عن طرف ثالث:

القسم الثالث - تفاصيل الشكوى

أعتقد أن التمييز الذي تعرّضت له أو تعرّض الطرف المُتضرر له كان قائماً على (توضع علامة في كل مربع يسري عليه الأمر):	
<input type="checkbox"/> العرق * <input type="checkbox"/> اللون * <input type="checkbox"/> الأصل القومي * <input type="checkbox"/> الجنس <input type="checkbox"/> الديانة <input type="checkbox"/> التوجّه الجنسي <input type="checkbox"/> الحالة الزوجية <input type="checkbox"/> العمر <input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> الجنسانية	
<i>*الفئة المحمية بموجب الباب السادس (Title VI)</i>	
تاريخ حدوث الواقعة:	الوقت التقريبي الذي حدثت فيه الواقعة:
مكان حدوث الواقعة (المدينة والمقاطعة):	

صفوا بكلماتكم الخاصة بكم التمييز المزعم الذي تعرّضتم له. اشرحوا ما حدث وما السياسة أو البرنامج أو النشاط أو الشخص الذي تعتقدون أنه كان تمييزاً ضدكم (إذا كنتم بحاجة إلى مساحة إضافية، فيرجى استخدام الصفحة 3 من هذا النموذج):

القسم الرابع - الشهود

هل شهد أحد التمييز المزعوم ضدكم؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، وكانوا يرغبون في تقديم تصريحاً بذلك، فيرجى إعطاء اسمهم ومعلومات الاتصال الخاصة بهم.

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

القسم الخامس - التقديم المرفوع (التقديمات المرفوعة سابقاً)

هل قُمت بتقديم هذه الشكوى إلى أي وكالة أو محكمة أخرى على الصعيد الفيدرالي أو الولايتي أو المحلي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فضعوا علامة في كل مربع يسري عليه الأمر:

وكالة فيدرالية وكالة محلية وكالة ولائية محكمة فيدرالية محكمة ولائية أخرى: _____

يرجى تقديم معلومات الاتصال للشخص في الوكالة أو المحكمة حيث تم تقديم الشكوى:

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

القسم السادس - التوقيع (التوقيعات)

توقيع المُشكّي:

التاريخ:

توقيع مُحضّر الشكوى:

التاريخ:

Official Use Only (للاستخدام الرسمي فقط)

PAI TEAM:

Complaint received: _____ / _____ / _____ Verified by: _____

Title VI: YES/NO

(date)

Other Category: YES/NO

(date)

يمكنكم إرسال هذا النموذج عبر البريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس.

عبر الفاكس:
503-962-3453

عبر البريد الإلكتروني:
civilrights@trimet.org

عبر البريد:

TriMet
Public Access & Innovation Division
101 SW Main St. Ste 700
Portland, Oregon 97204

أكتبوا في خانة **Subject (الموضوع)**
[اسمكم] / Complaint Form (نموذج الشكوى)

مساحة إضافية لكتابة معلومات حول التمييز المزعوم: