

# Форма жалобы в рамках Раздела VI Приложение С-1

Если вы полагаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи или национального происхождения со стороны Community Transit, то можете подать жалобу в рамках Раздела VI, заполнив и отправив настоящую форму жалобы в рамках Раздела VI. **Жалобы необходимо подавать в течение 180 дней после предполагаемого факта дискриминации.** Если вам нужна помощь с заполнением этой формы, обратитесь в службу работы с клиентами по телефону (425) 353-RIDE (7433) или по адресу электронной почты [riders@commtrans.org](mailto:riders@commtrans.org).

## Раздел 1. Контактная информация

Имя: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Город/штат/индекс: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Требования к доступности формата:  Помощь переводчика  Крупный шрифт  Другое

Вы подаете эту жалобу от собственного имени?  Да  Нет

Если НЕТ, укажите, от имени кого вы подаете жалобу и кем вы приходите к этому человеку:

\_\_\_\_\_

## Раздел 2. Информация о предполагаемом факте дискриминации

Я полагаю, что в отношении меня была допущена дискриминация по признаку:

расы  цвета кожи  национального происхождения

Дата предполагаемого факта дискриминации (месяц/день/год): \_\_\_\_\_

Место предполагаемого факта дискриминации: \_\_\_\_\_

Если предполагаемый факт дискриминации имел место в автобусе, укажите маршрут, направление движения и номер автобуса (при наличии):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Опишите, что произошло и почему, по вашему мнению, вы подверглись дискриминации. Укажите имена, должности и опишите участвовавших в происшествии сотрудников Community Transit, а также внесите свидетелей и их контактную информацию. Если требуется дополнительное место, вы можете приложить любые письменные материалы.

---

---

---

---

### Раздел 3. Информация о жалобе

Подávalи ли вы ранее в Community Transit жалобы в рамках Раздела VI?  Да  Нет

Подали ли вы эту жалобу в другие федеральные, региональные или местные учреждения?  Да  Нет

Если ДА, укажите ниже соответствующие учреждения и их контактную информацию.

Учреждение: \_\_\_\_\_ Имя контактного лица: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

### Раздел 4. Подпись

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, имеющую отношение к вашей жалобе.

**Поставьте подпись и дату.**

---

Имя

Дата

**Почтовый адрес:  
Community Transit  
2312 W Casino Road  
Everett, Washington 98204  
ATTN: Title VI Officer**