



نموذج تقديم شكوى بموجب الباب الرابع

تلتزم Omnitrans بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في خدماتها أو حرمانه من الاستفادة بخدماتها بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي، كما هو منصوص عليه في الباب الرابع من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 وتعديلاته. يجب تقديم شكاوى الباب الرابع خلال 180 يوماً من تاريخ التمييز المزعوم.

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة شكاؤك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في استكمال هذا النموذج وتقديم شكوى خطية، يمكنك الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا على الرقم 800-966-6428 أو 909-379-7100، أو تفضل بزيارة المقر الرئيسي لشركة Omnitrans East Valley الرئيسي في Fifth Street at Medical Center Drive.

يجب إعادة النموذج بعد استكماله إلى **Omnitrans attn**: الباب الرابع - مكتب معلومات العميل، W. Fifth 1700 rdino, CA 92411 Street, San Berna أو contact@omnitrans.org.

اسمك:	الهاتف:
عنوان الشارع:	الهاتف البديل:
المدينة والولاية والرمز البريدي:	
الشخص / الأشخاص الذين وقع التمييز ضدّهم (إذا كان شخص ما بخلاف مقدم الشكوى): الاسم (الأسماء):	
العنوان:	الهاتف:
تاريخ الحادث:	الحافلة رقم / الطريق / الموقع (إن وجد):

تابع الجزء الخلفي ...

أي مما يلي يعتبر أفضل وصف لسبب حدوث التمييز المزعوم؟ (حدّد أحد الخيارات)

العرق _____

اللون _____

الأصل القومي (إجادة محدودة للغة الإنجليزية) _____

يرجى وصف حادث التمييز المزعوم. قم بتقديم أسماء وعناوين ممثلي Omnitrans المشاركين إن وجدت. فسر ما حدث وحدد هوية الشخص المسؤول في اعتقادك. يرجى إرفاق ورقة إضافية إذا كانت هناك حاجة لمساحة إضافية.

هل تقدمت بشكوى إلى أي وكالات فدرالية أو حكومية أو محلية أخرى؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر قائمة الوكالات / الوكالة ومعلومات الاتصال أدناه:

الوكالة / الوكالات:	اسم جهة الاتصال:
العنوان:	الهاتف:

أؤكد أنني قد قرأت الاتهام المذكور أعلاه وأنه صحيح إلى حد علمي ومعلوماتي وفي اعتقادي.

التوقيع: _____ التاريخ: _____