

الفصل السادس، نموذج شكوى خاص بوكالة "Impact NW"

ينص الفصل السادس من قانون الحقوق المدنية لسنة 1964 على: "لا يجوز استبعاد أي شخص في الولايات المتحدة من المشاركة في أي برنامج أو نشاط يتلقى مساعدة مالية فيدرالية أو حرمانه من مزاياها أو تعرضه للتمييز بموجبها على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي."

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في إعداد الشكوى. إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال هذا النموذج أو تحتاج إلى معلومات بصيغ بديلة، يُرجى إخطارنا بالأمر.

يرجى إكمال هذا النموذج وإرساله بالبريد أو إعادته شخصياً إلى: وكالة

"Impact NW" [Steffani Cuff, QA Director, 10055 E Burnside, Portland, Oregon 97216].

القسم الأول:

الاسم: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف (المنزل): _____ رقم الهاتف (العمل): _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

متطلبات التنسيق المتاحة؟

[] طباعة بأحرف كبيرة [] شريط صوتي

[] جهاز اتصالات للصم [] أخرى: _____

القسم الثاني:

هل تُقدّم هذه الشكوى نيابةً عن نفسك؟

[] نعم* [] لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" عن هذا السؤال، يرجى الانتقال إلى القسم الثالث.

وإذا كانت الإجابة بـ "لا"، يرجى ذكر اسم الشخص الذي تُقدّم الشكوى نيابةً عنه وعلاقتك به:

يرجى تفسير سبب تقديم شكوى لصالح الغير:

يرجى تأكيد حصولك على إذن من الطرف الذي تعرض للضيق، إذا كنت تقدم شكوى نيابةً عن الغير.

[] نعم [] لا

القسم الثالث:

أعتقد أن التمييز الذي واجهته كان يرجع إلى (اختر كل ما ينطبق):

[] العرق [] اللون [] الأصل القومي

تاريخ حادثة التمييز المزعومة (شهر/يوم/سنة): _____

أشرح بوضوح قدر الإمكان، ماذا حدث ولماذا تعتقد أنك تعرضت للتمييز. صِف جميع الأشخاص المتورطين. أدرج اسم الشخص (الأشخاص) ومعلومات الاتصال به، الذي قام بالتمييز ضدك (إذا كنت تعرفه)، بالإضافة إلى أسماء أي شهود ومعلومات الاتصال بهم. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، يرجى استخدام ظهر هذا النموذج.

القسم الرابع:

هل قُدمت قبل ذلك شكوى في الفصل السادس لدى وكالة "Impact NW"؟

[] نعم [] لا

القسم الخامس

هل قدمت هذه الشكوى إلى أي وكالة فيدرالية أو ولائية أو محلية أخرى أو لدى أي محكمة فيدرالية أو ولائية؟

[] نعم [] لا

إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فاختر كل ما ينطبق:

[] وكالة فيدرالية [] محكمة فيدرالية

[] ولاية [] وكالة

[] محكمة ولائية [] وكالة محلية: _____

يرجى تقديم معلومات بشأن الشخص المسؤول في الوكالة/المحكمة التي قُدمت فيها الشكوى.

الاسم: _____

المسمى الوظيفي: _____ الوكالة: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

القسم السادس

اسم الوكالة التي قُدمت الشكوى ضدها: _____

الشخص المسؤول: _____

المسمى الوظيفي: _____ رقم الهاتف: _____

يجوز لك إرفاق أي مواد مكتوبة أو معلومات أخرى ترى أنها ذات صلة بشكواك.

مطلوب أدناه التوقيع والتاريخ.

التاريخ

التوقيع

يرجى تقديم هذا النموذج عبر البريد أو البريد الإلكتروني إلى:

Impact NW
QA Director
Quality Assurance Department
P.O. Box 33530
Portland, OR 97292
qa@impactnw.org

شخصياً:

QA Director
10055 E Burnside St
Portland, OR 97215