

الباب السادس

بيان للسياسة العامة

تمنح سلطة نقل كونترا كوستا المركزية (وكالة كونتي كونكشن) المساواة لجميع المواطنين في الوصول إلى خدمات النقل في كونترا كوستا. تلتزم الوكالة بسياسة عدم التمييز في تسيير أعمالها، بما في ذلك مسؤولياتها بموجب الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 الذي ينص على أنه لا يجوز استبعاد أي شخص، على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، من المشاركة، أو الحرمان من الفوائد، أو التعرض للتمييز في إطار برنامجها لتقديم خدمات النقل.

للحصول على معلومات حول برنامج County Connection Title VI، تفضل بزيارة الموقع: countyconnection.com أو اتصل بالرقم 676-7500-925 (TTY 711).

يحق لأي شخص يعتقد أنه تعرض للتمييز بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي فيما يتعلق بتلقي خدمات النقل تقديم شكوى في غضون مائة وثمانين (180) يومًا من الحادثة المزعومة. يمكنك تنزيل نموذج شكوى أدناه أو طلب نموذج بالاتصال بالرقم 676-7500-925 (TTY 711). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة النقل الفيدرالية عن طريق تقديم الشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية، Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590

إذا كانت المعلومات المطلوبة بلغة أخرى، فاتصل بالرقم 925-676-7500.

إجراءات تقديم شكوى بموجب الباب السادس

إذا كنت تعتقد أنك قد تعرضت للتمييز بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي فيما يتعلق بتقديم خدمات النقل، فيحق لك تقديم شكوى بموجب الباب السادس إلى مدير الحقوق المدنية بالسلطة. تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات تقديم الشكاوى في غضون مائة وثمانين (180) يومًا تقويميًا من آخر حادثة تمييز مزعومة. يمكنك تنزيل نموذج شكوى عن طريق زيارة countyconnection.com. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء وطلب إرسال نموذج شكوى من الباب السادس إليك بالبريد. يمكنك أيضًا تقديم بيان مكتوب يحتوي على جميع المعلومات الواردة أدناه. يجب إرسال الشكاوى بالبريد أو تسليمها إلى:

County Connection
Director of Recruitment & Employee Development
2477 Arnold Industrial Way
Concord, CA 94520

يجب أن تتضمن جميع الشكاوى المعلومات التالية:

1. اسم وعنوان ورقم هاتف مقدم الشكوى.
2. أساس الشكوى. (على سبيل المثال، العرق أو اللون أو الأصل القومي).
3. التاريخ (التواريخ) الذي وقع فيه حادثة التمييز المزعومة.
4. طبيعة الحادثة التي دفعت مقدم الشكوى إلى الشعور بالتمييز كان عاملاً.
5. أسماء وعناوين وأرقام هواتف الأشخاص الذين قد يكون لديهم علم بالحدث.
6. الوكالات أو المحاكم الأخرى التي ربما تم تقديم شكوى فيها واسم جهة الاتصال.

سلطة نقل كونترا كوستا المركزية
نموذج شكوى بموجب الباب السادس

يرجى تقديم المعلومات التالية اللازمة لمعالجة شكاك. المساعدة متاحة عند الطلب. أكمل هذا النموذج وأرسله بالبريد أو أرسله إلى: مدير التوظيف وتطوير الموظفين في سلطة نقل كونترا كوستا المركزية، 2477 طريق أرنولد الصناعي، كونكورد، كاليفورنيا، 94520.

(1) اسم مقدم الشكوى: _____

(2) العنوان: _____

(3) المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

(4) الهاتف: المنزلي _____ المحمول _____

(5) الشخص الذي تعرض للتمييز (غير مقدم الشكوى)

الاسم: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

(6) على ماذا كان يستند التمييز؟ (حدد كل ما ينطبق عليه):

العرق

اللون

الأصل القومي

(7) تاريخ الحدث الذي أدى إلى التمييز: _____

(8) صف كيف تعرضت للتمييز. ماذا حدث ومن المسؤول؟ للحصول على مساحة إضافية، قم بإرفاق أوراق إضافية.

9) هل قدمت هذه الشكوى إلى وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية أخرى؛ أو مع محكمة فيدرالية أو تابعة للولاية؟ (تحقق من المساحة المناسبة)

نعم —

لا —

إذا كانت الإجابة بنعم، فتتحقق من تقديم كل شكوى وكالة مع:

الوكالة الفيدرالية _____ المحكمة الفيدرالية _____ الوكالة الحكومية _____

محكمة الولاية _____ وكالة محلية _____

10) قَدِّم معلومات جهة الاتصال للوكالة التي قَدِّمَت شكوى إليها أيضاً مع:

الاسم: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

تاريخ التقديم: _____

قم بتوقيع الشكوى في الفراغ أدناه. أرفق أي مستندات تعتقد أنها تدعم شكواك.

توقيع مقدم الشكوى _____ التاريخ _____