

CapMetro

શીર્ષક VI ફરિયાદ ફોર્મ

કેપિટલ મેટ્રોપોલિટન ટ્રાન્સપોર્ટેશન ઓથોરિટી

CapMetro એ સુનિશ્ચિત કરવા માટે પ્રતિબદ્ધ છે કે કોઈપણ વ્યક્તિને જાતિ, રંગ અથવા રાષ્ટ્રીયતાના મૂળના આધારે તેની સેવાઓના લાભોમાંથી બાકાત રાખવામાં ન આવે અથવા તેની ના પાડવામાં ન આવે, જે 1964ના સુધારા મુજબ નાગરિક અધિકાર અધિનિયમના શીર્ષક VI દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવ્યું છે. શીર્ષક VIની ફરિયાદો કથિત ભેદભાવની તારીખથી 180 દિવસની અંદર દાખલ કરવી આવશ્યક છે.

તમારી ફરિયાદની પ્રક્રિયા કરવામાં અમને મદદ કરવા માટે નીચેની માહિતી આવશ્યક છે. જો તમને આ ફોર્મ ભરવામાં સહાયની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને (512) 369-6255 અથવા titlevicomplaints@capmetro.org પર શીર્ષક VI અધિકારીનો સંપર્ક કરો. ભરેલું ફોર્મ નીચેના અધિકારીનું ધ્યાન આકર્ષિત કરીને CapMetroને પરત કરવું જોઈએ: Title VI Complaints, 2910 E. 5th Street, Austin, TX 78702.

વિભાગ 1

તમારું નામ

ઇમેલ સરનામું

દિવસના સમયે

ફોન સાંજનો ફોન

સરનામું

પ્રાપ્ત થઈ શકે તેવા ફોર્મેટની જરૂરિયાતો (લાગુ પડતી): બધી પસંદ કરો

- મોટી પ્રિન્ટ
- ઓડિયો ટેપ
- TDD
- બીજું (સ્પષ્ટ કરો): _____

શું તમે તમારા વતી આ ફરિયાદ દાખલ કરી રહ્યા છો? હા_ _ના_

જો હા, તો વિભાગ 2 પર જાઓ.

જો નહીં, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી આપો

- તમે જેના માટે ફરિયાદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિનું નામ _____
- તમારી સાથેનો સંબંધ _____
- કૃપા કરીને સમજાવો કે તમે આ વ્યક્તિ માટે શા માટે અરજી કરી છે _____
- કૃપા કરીને પુષ્ટિ કરો કે તમે આ વ્યક્તિની તેમના વતી આ ફરિયાદ નોંધાવવાની મંજૂરી મેળવી લીધી

છે. હા _____ ના _____

વિભાગ 2

ઘટનાની તારીખ: _____

નીચેનામાંથી કયું કથિત ભેદભાવનું કારણ શ્રેષ્ઠ રીતે વર્ણવે છે? (ચકાસો એક)

- જાતિ
- રંગ
- રાષ્ટ્રીય મૂળ (મર્યાદિત અંગ્રેજી નિપુણતા સહિત)

કૃપા કરીને કથિત ભેદભાવની ઘટનાનું વર્ણન કરો. તમારી ફરિયાદની અમારી સમીક્ષામાં અમને મદદ કરે એવી કોઈ પણ ચોક્કસ વિગતોને સામેલ કરો, જેમાં નામો, તારીખો, સમય, રૂટ નંબરો, સાક્ષીઓ અને અન્ય કોઈપણ માહિતીનો સમાવેશ થાય છે. શું બન્યું અને તમે કોને જવાબદાર માનો છો તે સમજાવો. જો વધારાની જગ્યાની જરૂર હોય તો કૃપા કરીને વધારાના પૃષ્ઠોનો ઉપયોગ કરો.

શું તમે અન્ય કોઈ સંઘીય, રાજ્ય અથવા સ્થાનિક એજન્સીઓમાં ફરિયાદ નોંધાવી છે? હા ના .
જા હા, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી પૂરી પાડો:

- એજન્સી નામ: _____
- એજન્સીનું સરનામું: _____
- સંપર્ક નામ: _____
- ફોન: _____

હું ક્ત સમર્થન આપું વહું કે જો પ્રરોક્ત ફરિયાદ વાંચી છે અને તે મારા જય , માહિતી અને માનયતા રિયમાણે સાચી છે.

તારીખે મળેલ છે: _____ આમના દયવારા મળેલ છે: _____

ફરિયાદીની સહી

તારીખ