

# ОКРУГ ТРАНСПОРТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬШОГО ХАРТФОРДА: ФОРМА ЖАЛОБЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПАРАГРАФОМ VI

## Раздел I

Имя и фамилия:

Адрес:

Телефон (дом.):

Телефон (раб.):

Адрес эл. почты:

## Раздел II

Подаете ли Вы данную жалобу лично от себя?

ДА\*

НЕТ

\* Если на этот вопрос Вы ответили «да», переходите к разделу III.

Если Вы ответили «нет», укажите имя, фамилию лица, а также кем Вы приходиться лицу, для кого Вы подаете жалобу.

Пожалуйста, объясните, почему Вы подаете жалобу для третьего лица:

Пожалуйста, подтвердите, что Вы получили разрешение потерпевшей стороны, если Вы подаете жалобу от имени третьего лица.

ДА\*

НЕТ

## Раздел III

Название агентства или программы, на кого подается жалоба:

Имя и фамилия лица, на кого подается жалоба (если известны):

Должность лица, на кого подается жалоба (если известна):

Номер телефона (если известен):

## Раздел III

Я считаю, что меня дискриминировали по следующему признаку (отметьте все, что применимо):

Расовая принадлежность

Цвет кожи

Национальное происхождение

Дата предполагаемой дискриминации (месяц, день, год):

Объясните как можно более ясно, что случилось и почему Вы считаете, что Ваши интересы были ущемлены. Укажите всех участвующих лиц. Укажите имена и фамилии лиц (если известны), которые Вас дискриминировали, а также имена, фамилии и контактную информацию свидетелей (если известны). Если отведено недостаточно места, пожалуйста, используйте дополнительную страницу.

**ОКРУГ ТРАНСПОРТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬШОГО ХАРТФОРДА:  
ФОРМА ЖАЛОБЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПАРАГРАФОМ VI**

**Стр. 2**

**Раздел V**

Подавали ли Вы в Округ ранее жалобу в соответствии с Параграфом VI?

ДА

НЕТ

**Раздел VI**

Подавали ли Вы данную жалобу в соответствии с Параграфом VI в любое другое федеральное агентство, агентство штата или местное агентство, или же в федеральный суд или суд штата?

ДА

НЕТ

Если «да», отметьте все, что применимо, а также название агенства или суда:

Федеральное агентство: \_\_\_\_\_

Агентство штата: \_\_\_\_\_

Местное агентство: \_\_\_\_\_

Федеральный суд: \_\_\_\_\_

Суд штата: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, укажите контактную информацию лица в агентстве/суде, куда была подана жалоба:

Имя и фамилия:

Должность:

Агентство:

Адрес:

Телефон:

**Раздел VII**

Ниже требуется поставить подпись и дату.

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Пожалуйста, представьте настоящую форму (лично или по почте) по следующему адресу:

Greater Hartford Transit District, Title VI Coordinator

One Union Place

Hartford, CT 06103