

نموذج شكوى بموجب الباب السادس

بالتمييز في تقديمها للخدمة على أساس العرق، أو (SNAP) Spokane Neighborhood Action Partners لا تقوم قد مارست التمييز ضده على أساس العرق، أو اللون، أو SNAP اللون، أو الأصل القومي. ويجوز لأي شخص يعتقد بأن في الشكاوى الواردة بعد مرور أكثر من 180 يوماً على SNAP الأصل القومي تقديم شكوى باستخدام هذا النموذج. لا تحقق وقوع الحادث المزعوم.

بعد ممارسة التمييز، أو لطلب نسخة من هذا النموذج بتنسيق بديل SNAP للحصول على مزيد من المعلومات بشأن التزام بسبب الإعاقة، يرجى التواصل مع

Spokane Neighborhood Action Partners (SNAP)
3102 W Whistalks Way
Spokane, WA 99224
TEL: 509.456.7627
FAX: 509.534.5874

(الرجاء الكتابة أو الطباعة بوضوح)

1. اسم مقدم الشكوى:

2. العنوان:

3. المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

الهاتف: البريد الإلكتروني: 4.

هل أنت مقدم الشكوى؟ نعم لا 5.

إذا كانت الإجابة «لا»، فاذكر اسمك:

صلة القرابة بمقدم الشكوى:

الهاتف: البريد الإلكتروني:

هل يعلم مقدم الشكوى أنك تقدم هذه الشكوى؟ نعم لا

6. في رأيك ما السبب الرئيسي وراء حدوث التمييز؟ هل كان ذلك بسبب:

العرق

اللون

الأصل القومي

7. تاريخ حدوث التمييز المزعوم:

8. اشرح ما حدث، واذكر الشخص الذي تعتقد أنه المسؤول عن وقوع الحادثة. صف بأسلوبك الخاص حادثة التمييز. المزعوم. يرجى إرفاق وثائق إضافية إذا لزم الأمر

9. يرجى ذكر الاسم، وعنوان البريد العادي، ورقم الهاتف الخاص بأي شخص كان شاهداً على حادثة التمييز المزعوم.

هل قدمت هذه الشكوى إلى أي وكالة أو محكمة أخرى؟ نعم لا 10.

إذا كانت الإجابة «نعم»، فاذكر الاسم، والعنوان، ورقم هاتف الشخص الذي يمكن التواصل معه في الوكالة/المحكمة الأخرى:

توقيع مقدم الشكوى _____ التاريخ _____

يمكنك إرفاق أي مواد مكتوبة أو غيرها من المعلومات التي تعتقد أنها ذات صلة بشكواك

يرجى إعادة النموذج المكتمل وأي مواد إضافية إلى:

Spokane Neighborhood Action Partners (SNAP)
3102 W Whistalks Way
Spokane, WA 99224
TEL: 509.456.7627
FAX: 509.534.5874