



ແບບຟອມຮ້ອງທຸກຂໍ້ທີ VI ອົງການຂົນ ສົ່ງສາທາລະນະເກາະຮອດ

RIPTA ໃຫ້ຄໍາພັນສັນຍາ ເພື່ອຮັບປະກັນບໍ່ໃຫ້ມີຜູ້ໃດຖືກລະເວັ້ນຈາກການມີສ່ວນຮ່ວມໃນ ຫຼືຖືກປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດຂອງການບໍລິການຂອງມັນ ຢູ່ບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຫຼືຊາດກຳເນີດຕາມທີ່ກ່າວໄວ້ໃນຂໍ້ທີ VI ຂອງກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງປີ 1964, ຕາມທີ່ໄດ້ດັດແກ້. **ການຮ້ອງທຸກ ພາຍໃຕ້ຂໍ້ທີ VI ຕ້ອງໄດ້ຍື່ນພາຍໃນ 180 ວັນ ນັບຈາກມີຂອງມີການຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງຕາມທີ່ໄດ້ກ່າວຫາ.**

ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະຊ່ວຍພວກເຮົາດຳເນີນການຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງໃນການປະກອບແບບ ຟອມນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າໂດຍການໂທຫາເບີ (401) 781-9400. ແບບຟອມປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຕ້ອງສົ່ງຄືນໃຫ້ກັບ RIPTA ໂດຍ ທາງອີເມວ: mbarbary@ripta.com ຫຼືສົ່ງເມວຫາ:

705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, ATTN: CEO.

ຊື່ຂອງທ່ານ:	ໂທລະສັບ:	ໂທລະສັບ ອື່ນ:
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:	ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ	
ຄົນທີ່ຖືກຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງ (ຖ້າມີບາງຄົນນອກເໜືອຈາກຜູ້ຮ້ອງທຸກ):		
ຊື່:		
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ແລະລະຫັດໄປສະນີ		

ອັນໃດຕໍ່ໄປນີ້ອະທິບາຍເຫດຜົນໄດ້ດີທີ່ສຸດສຳລັບ
ການຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງທີ່ກ່າວຫາທີ່ເກີດຂຶ້ນ? (ເລືອກອັນໜຶ່ງ) ວັນທີ່ເກີດເຫດການ: _____
___ເຊື້ອຊາດ
___ສີຜິວ
___ຊາດກຳເນີດ (ຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດຈຳກັດ)

ກະລຸນາອະທິບາຍເຫດການຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງທີ່ກ່າວຫາ. ໃຫ້ບອກຊື່ ແລະຕຳແໜ່ງຂອງລູກຈ້າງ RIPTA ທັງໝົດທີ່ພົວພັນ ຖ້າມີ. ກະລຸນາໃຫ້
ລາຍລະອຽດຫຼາຍເທົ່າທີ່ຈະຫຼາຍໄດ້ຄື: ເລກເສັ້ນທາງ, ວັນທີ ແລະເວລາຂອງວັນ, ເບີລິດເມ, ຊື່ ແລະຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງພະຍານ. ອະທິບາຍວ່າ ເກີດຫຍັງ
ຂຶ້ນ ແລະທ່ານເຊື່ອວ່າ ໃຜຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ກະລຸນາໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້ ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມໄວ້ຂຽນ.

ແບບຟອມຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຫົວຂໍ້ VI

ຂອງ RIPTA ກະລຸນາອະທິບາຍເຫດການຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງທີ່ກ່າວຫາ (ຕໍ່)

ທ່ານໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບອົງການຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ຫຼືທ້ອງຖິ່ນອົງການອື່ນໃດບໍ່? (ຂີດວົງມົນອ້ອມອັນໜຶ່ງ) ແມ່ນແລ້ວ / ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ຂຽນອົງການ ຫຼືຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ລົງໃສ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້:

ອົງການ: _____ ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່: _____

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ແລະລະຫັດໄປສະນີ _____

ໂທລະສັບ: _____

ອົງການ: _____ ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່: _____

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ແລະລະຫັດໄປສະນີ _____

ໂທລະສັບ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍັນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານຂໍ້ກ່າວຫາຂ້າງເທິງ ແລະມັນເປັນຈິງຕາມຄວາມຮູ້, ຂໍ້ມູນ ແລະຄວາມເຊື່ອທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

_____ ວັນທີ
ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງທຸກ

ຂຽນ ຫຼືພິມຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງທຸກ

ວັນທີໄດ້ຮັບ: _____
ຮັບໂດຍ: _____