



Cơ quan Trung chuyển Công cộng Đảo Rhode

Mẫu Đơn Khiếu nại Tiêu đề VI

RIPTA cam kết đảm bảo rằng không có người nào bị loại khỏi việc tham gia hoặc bị từ chối các phúc lợi từ các dịch vụ của mình trên cơ sở chủng tộc, màu da hoặc nguồn gốc quốc gia, như được quy định theo Tiêu đề VI của Đạo luật Dân Quyền năm 1964 đã được sửa đổi. **Đơn khiếu nại Tiêu đề VI phải được nộp trong vòng 180 ngày kể từ ngày có phân biệt đối xử bị cáo buộc.**

Thông tin sau là cần thiết để hỗ trợ chúng tôi xử lý khiếu nại của bạn. Nếu bạn cần bất kỳ hỗ trợ nào trong việc điền vào biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng bằng cách gọi (401) 781-9400. Biểu mẫu đã hoàn chỉnh phải được gửi lại đến RIPTA qua e-mail: jwilliford@ripta.com HOẶC gửi thư đến:

705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, NGƯỜI NHẬN: Cố vấn Tuân thủ Pháp luật.

Tên của bạn:	Điện thoại:	Điện thoại phụ:
Địa chỉ đường:	Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip:	
(Những) người bị phân biệt đối xử (nếu có người không phải là người khiếu nại):		
(Các) Tên:		
Địa chỉ Đường, Thành phố, Tiểu bang & Mã Zip:		

Điều nào sau đây mô tả đúng nhất lý do cho hành vi phân

biệt đối xử bị cáo buộc đã diễn ra? (Chọn một mục)

Ngày xảy ra vụ việc: _____

Chủng tộc

Màu da

Nguồn gốc quốc gia (Trình độ thành thạo tiếng Anh hạn chế)

Vui lòng mô tả vụ việc phân biệt đối xử bị cáo buộc. Cung cấp tên và chức danh của tất cả nhân viên RIPTA liên quan, nếu có. Vui lòng cung cấp càng nhiều chi tiết càng tốt: số tuyến, ngày và giờ, số xe buýt, tên và thông tin liên hệ cho các nhân chứng. Giải thích những gì đã xảy ra và ai mà bạn tin là người chịu trách nhiệm. Vui lòng sử dụng mặt sau của biểu mẫu này nếu cần thêm khoảng trống.

Hoàn thành mặt sau của biểu mẫu

Mẫu Đơn Khiếu Nại Tiêu đề

IVI của RIPTA Vui lòng mô tả vụ việc phân biệt đối xử bị cáo buộc (tiếp theo)

Bạn đã nộp đơn khiếu nại với bất kỳ cơ quan liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào khác chưa? (Khoanh tròn một mục) Có / Không Nếu có, liệt kê cơ quan/các cơ quan và thông tin liên hệ ở dưới đây:

Cơ quan: _____ Tên liên hệ: _____

Địa chỉ Đường, Thành phố, Tiểu bang & Mã Zip: _____

Điện thoại: _____

Cơ quan: _____ Tên liên hệ: _____

Địa chỉ Đường, Thành phố, Tiểu bang & Mã Zip: _____

Điện thoại: _____

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc cáo buộc ở trên và cáo buộc đó đúng với hiểu biết, thông tin và niềm tin của tôi.

Chữ ký của Người khiếu nại Ngày

Viết chữ in hoặc nhập Tên của Người khiếu nại

Ngày nhận: _____
Nhận bởi: _____