



Autorité organisatrice de transport en commun à Rhode Island

## Formulaire de plainte Titre IV

RIPTA s'engage à garantir qu'aucune personne ne soit exclue ou se voit refuser de bénéficier de ses prestations en raison de sa race, de sa couleur ou de son pays d'origine, tel que prévu au Titre IV de la Loi sur les droits civiques de 1964, tel que modifié. **Les plaintes visées au Titre IV doivent être déposées au plus tard 180 jours à compter de date de la discrimination présumée.**

Les informations suivantes sont nécessaires pour nous aider à traiter votre plainte. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez contacter le Service clientèle en composant le (401) 781-9400. Les formulaires remplis doivent être retournés à RIPTA par courriel à [jwillford@ripta.com](mailto:jwillford@ripta.com) ou par la poste à 705 avenue Elmwood, Providence, RI 02908, à l'attention du Conseiller en conformité juridique.

Votre nom :	Téléphone :	Autre numéro de téléphone :
Adresse municipale :	Ville, État, Code postal :	
Personne(s) victime de la discrimination (si autre que vous-même) :		
Noms :		
Adresse municipale, Ville, État, Code Postal :		

Lequel des énoncés suivants décrit-il le mieux la raison pour laquelle la discrimination a eu lieu ?

(Cochez la bonne réponse)

Date de l'incident : \_\_\_\_\_

Race

Couleur

Pays d'origine (Maîtrise limitée de l'anglais)

Veuillez décrire l'incident discriminatoire présumé. Indiquez le nom et le titre de tous les employés de RIPTA potentiellement impliqués. Fournissez autant de détails que possible : numéro d'itinéraire, date et moment de la journée, numéro de bus, nom et coordonnées des témoins. Veuillez expliquer ce qui est arrivé et qui, selon vous, est responsable. Veuillez utiliser le verso de ce formulaire si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

---



---



---



---

Remplir le verso de ce formulaire

## Formulaire de plainte Titre IV RIPTA

Veuillez décrire l'incident discriminatoire présumé (suite)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Avez-vous déposé une plainte auprès d'autres organismes fédéraux, nationaux ou locaux ?

(Entourez la bonne réponse) Oui / Non

Si oui, énumérez le ou les organismes et ses coordonnées :

Organisme : \_\_\_\_\_ Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Adresse municipale, Ville, État et Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Adresse municipale, Ville, État et Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Je confirme avoir lu la plainte ci-dessus et qu'elle est, au mieux de ma connaissance, exacte et véridique.

\_\_\_\_\_  
Signature de la partie plaignante

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom de la partie plaignante en caractères d'imprimerie

Date de réception : \_\_\_\_\_

Reçu par : \_\_\_\_\_