

ĐƠN KHIẾU NẠI VI PHẠM TIÊU ĐỀ VI/ADA

“Không một người nào ở Liên Hợp Quốc Hoa Kỳ, dựa trên căn bản chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia, bị loại trừ trong việc tham gia vào, bị từ chối phúc lợi, hoặc bị phân biệt đối xử dưới bất kì chương trình hoặc hoạt động nhận hỗ trợ tài chính của Liên Bang.”

Nếu quý vị cảm thấy bị phân biệt đối xử trong cung ứng dịch vụ vận chuyển, xin vui lòng cung cấp những thông tin dưới đây để chúng tôi tiến hành xử lý khiếu nại của quý vị. Quý vị buộc cần sự trợ giúp trong quá trình hoàn tất đơn này hoặc cần thông tin trong định dạng văn bản khác, vui lòng cho chúng tôi biết.

Vui lòng gửi đơn qua đường thư hoặc đưa về:

Chris Baechle 7601
Watson Road St
Louis, MO 63119
cbaechle@crsstl.org

VUI LÒNG VIẾT IN HOA

1. Họ Tên Người khiếu nại:		
a. Địa chỉ:		
b. Thành phố:	Tiểu Bang:	Zip Code:
c. Số điện thoại (bao gồm mã vùng): Nhà () hoặc Di động ()	Chỗ làm () -	
d. Địa chỉ thư điện tử (Email):		
Quý vị có muốn được liên lạc qua địa chỉ email này hơn không? () CÓ () KHÔNG		
2. Cần một định dạng khác của đơn có thể truy cập? () CÓ () KHÔNG (nếu rõ):		
3. Quý vị có đang điền đơn khiếu nại này cho bản thân? () CÓ - Nếu CÓ, vui lòng chuyển tới câu hỏi số 7 () KHÔNG - Nếu KHÔNG, vui lòng chuyển tới câu hỏi số 4.		
4. Nếu quý vị trả lời KHÔNG cho câu hỏi số 3, vui lòng cung cấp họ tên và địa chỉ nhà.		
a. Họ Tên Người Điền Đơn:		
b. Địa chỉ:		
c. Thành phố:	Tiểu Bang:	Zip Code:
d. Số điện thoại (bao gồm mã vùng): Nhà () hoặc Di động ()	Chỗ làm () -	
e. Địa chỉ thư điện tử (Email):		
Quý vị có muốn được liên lạc qua địa chỉ email này hơn không? () CÓ () KHÔNG		
5. Mỗi quan hệ của quý vị với người khiếu nại là gì?		
6. Vui lòng xác nhận rằng quý vị đã nhận được sự chấp thuận của phía bên bị thiệt hại nếu quý vị điền đơn thay mặt cho họ. () CÓ, tôi có sự chấp thuận. () KHÔNG, tôi không có sự chấp thuận.		
7. Tôi tin rằng sự phân biệt mà tôi vừa trải qua nằm trên phương diện (đánh dấu tất cả các ô thích hợp): () Chủng tộc () Màu da () Nguồn gốc quốc gia (Các lớp được bảo vệ bởi Tiêu Đề VI) () Khuyết tật (Lớp được bảo vệ bởi ADA) () Khác (vui lòng nêu rõ)		

TITLE VI COMPLAINT FORM-PAGE 2

8. Ngày xảy ra Cáo Buộc về Phân Biệt Đối Xử (Tháng, Ngày, Năm):								
9. Nơi diễn ra Cáo Buộc về Phân Biệt Đối Xử ở đâu?								
10. Giải thích rõ ràng nhất có thể về sự việc đã xảy ra and tại sao quý vị tin rằng bản thân bị phân biệt đối xử. Diễn tả toàn bộ những người liên quan đến vụ việc. Bao gồm tên và thông tin liên lạc của người đã phân biệt đối xử với quý vị (nếu biết). Sử dụng mặt sau của đơn này hoặc trang giấy khác nếu cần thêm không gian.								
11. Vui lòng liệt kê tên và số điện thoại/thông tin liên lạc của toàn bộ những người chứng kiến sự việc.								
12. Quý vị muốn thấy biện pháp khắc phục nào được thực hiện?								
13. Quý vị có nộp đơn khiếu nại cho các cơ quan Liên Bang, Tiểu Bang, hoặc địa phương, hoặc các tòa án Liên Bang hay Tiểu Bang chưa? CÓ - Nếu CÓ, đánh dấu tất cả các ô thích hợp () KHÔNG a. () Cơ quan Liên Bang (Liệt kê tên cơ quan) b. () Tòa án Liên Bang (Vui lòng cung cấp vị trí) c. () Tòa án Tiểu Bang d. () Cơ quan Tiểu Bang (Nêu rõ cơ quan) e. () Tòa án quận (Nêu rõ Tòa án và Quận) f. () Cơ quan địa phương (Nêu rõ cơ quan)								
14. Nếu trả lời CÓ vào câu hỏi số 13, vui lòng cung cấp thông tin về người liên lạc tại cơ quan/tòa án nơi đơn khiếu nại đã được nộp. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Họ Tên:</td> <td style="width: 50%; border: none;">Chức vụ:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Cơ quan:</td> <td style="border: none;">Số điện thoại: () -</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Địa chỉ:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Thành phố:</td> <td style="border: none;">Tiểu Bang: Zip Code:</td> </tr> </table>	Họ Tên:	Chức vụ:	Cơ quan:	Số điện thoại: () -	Địa chỉ:		Thành phố:	Tiểu Bang: Zip Code:
Họ Tên:	Chức vụ:							
Cơ quan:	Số điện thoại: () -							
Địa chỉ:								
Thành phố:	Tiểu Bang: Zip Code:							

Quý vị có thể đính kèm bằng chứng văn bản hoặc những thông tin khác có liên quan đến sự khiếu nại của quý vị.

Cần có chữ ký và ngày tháng:

Chữ Ký

Tháng, Ngày, Năm

Nếu quý vị hoàn tất câu hỏi số 4, 5 và 6, quý vị cần có chữ ký và ngày tháng:

Signature (Chữ Ký)

Date (Tháng, Ngày, Năm)

Nếu quý vị cần đơn này trong ngôn ngữ khác, xin liên hệ Chris Baechle tại Dịch Vụ Người Cao Tuổi của Hồng Y Ritter , hoặc tại 314-961-8000.