

## Форма жалобы в соответствии с разделом VI закона «О гражданских правах»

При предоставлении услуг организация Spokane Transit Authority (STA) не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи или национального происхождения. Любое лицо, считающее, что STA дискриминирует его или ее по какому-либо из указанных выше признаков, может подать жалобу, заполнив эту форму. STA не расследует жалобы, полученные более чем через 180 дней после предполагаемого инцидента.

Чтобы получить дополнительную информацию об обязательствах STA относительно отсутствия дискриминации или запросить копию этой формы в другом формате в связи с особыми потребностями, обратитесь к омбудсмену STA, воспользовавшись контактными данными ниже.

**STA Ombudsman  
Spokane Transit**  
1230 W. Boone Ave.  
Spokane, WA 99201  
(509) 325-6094 (TTY Relay 711)  
[ombudsman@spokanetransit.com](mailto:ombudsman@spokanetransit.com)

(Заполните поля разборчиво.)

1. Имя и фамилия заявителя: \_\_\_\_\_
2. Адрес: \_\_\_\_\_
3. Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_
4. Номер телефона: \_\_\_\_\_ Эл. почта: \_\_\_\_\_
  
5. Вы заявитель?  Да  Нет  
Если нет, ваши имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
Кем вы приходите к заявителю: \_\_\_\_\_  
Номер телефона: \_\_\_\_\_ Эл. почта: \_\_\_\_\_  
Заявитель знает, что вы заполняете эту форму жалобы?  Да  Нет
  
6. Какая из перечисленных ниже причин, по вашему мнению, связана с произошедшим актом дискриминации? Акт дискриминации произошел по следующему признаку:  
 Раса  
 Цвет кожи  
 Национальное происхождение
  
7. Дата предполагаемого акта дискриминации: \_\_\_\_\_

## Форма жалобы в соответствии с разделом VI закона «О гражданских правах»

8. Опишите предполагаемый акт дискриминации своими словами. Объясните, что произошло и кого вы считаете виновным. При необходимости приложите дополнительные документы.

---

---

---

---

---

9. Укажите имя, почтовый адрес и номер телефона любого человека, который стал свидетелем предполагаемого акта дискриминации.

---

---

---

10. Подавали ли вы эту жалобу в какое-либо другое учреждение или суд?  Да  Нет

Если да, укажите имя и фамилию, адрес и номер телефона контактного лица в другом учреждении/суде: \_\_\_\_\_

---

---

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, которая, по вашему мнению, имеет отношение к жалобе.

**Отправьте заполненную форму и любые дополнительные материалы по адресу:**

**STA Ombudsman  
Spokane Transit**  
1230 W. Boone Ave.  
Spokane, WA 99201  
(509) 325-6094 (TTY Relay 711)  
[ombudsman@spokanetransit.com](mailto:ombudsman@spokanetransit.com)