

# Title VI Complaint Form

## (Форма скарги на недотримання положень розділу VI)

У Spokane Transit Authority (STA) заборонена дискримінація під час надання послуг за ознакою раси, кольору шкіри й національного походження. Якщо ви вважаєте, що зазнаєте дискримінації з боку співробітників STA за ознакою раси, кольору шкіри або національного походження, ви можете подати скаргу за допомогою цієї форми. У STA не розглядають скарги, отримані через більш як 180 днів після інциденту, про який ви повідомляєте.

Щоб дізнатися більше про зобов'язання STA щодо заборони дискримінації або отримати копію цієї форми в іншому форматі у зв'язку з обмеженими можливостями, зверніться до STA Ombudsman:

**STA Ombudsman**  
**Spokane Transit**  
1230 W. Boone Ave.  
Spokane, WA 99201  
(509) 325-6094 (служба ретрансляції телетайп: 711)  
ombudsman@spokanetransit.com

(Надрукуйте або розбірливо напишіть від руки друкованими літерами.)

1. Ім'я подавача скарги: \_\_\_\_\_

2. Адреса: \_\_\_\_\_

3. Місто, штат, поштовий індекс: \_\_\_\_\_

4. Телефон: \_\_\_\_\_ Адреса ел. пошти: \_\_\_\_\_

5. Ви подаєте скаргу від свого імені?  Так  Ні

Якщо ні, зазначте своє ім'я: \_\_\_\_\_

Ким для вас є постраждала особа? \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Адреса ел. пошти: \_\_\_\_\_

Чи знає постраждала особа, що ви надсилаєте цю скаргу?  Так  Ні

6. Яка із зазначених нижче ознак, на вашу думку, стала причиною дискримінації?

Виберіть потрібний варіант:

Раса

Колір шкіри

Національне походження

7. Дата інциденту, пов'язаного з дискримінацією, про який ви повідомляєте: \_\_\_\_\_

# Title VI Complaint Form

## (Форма скарги на недотримання положень розділу VI)

8. Опишіть прояв дискримінації, про який ви хочете повідомити, власними словами. Поясніть, що сталося, і зазначте, хто, на вашу думку, несе відповідальність за порушення. У разі потреби прикріпіть додатковий аркуш.

---

---

---

---

9. Зазначте імена, поштові адреси й номери телефонів осіб, які були свідками прояву дискримінації, про який ви повідомляєте.

---

---

---

10. Чи подали ви цю скаргу до іншої установи або суду?

Так

Ні

Якщо так, зазначте ім'я, адресу й номер телефону контактної особи цієї установи/суду:

---

---

---

Підпис подавача скарги \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

У разі потреби вкладіть будь-які письмові матеріали або інші відомості, які, на вашу думку, стосуються цієї скарги.

**Надішліть заповнену форму й наявні додаткові матеріали на адресу:**

**STA Ombudsman**  
**Spokane Transit**  
1230 W. Boone Ave.  
Spokane, WA 99201  
(509) 325-6094 (служба ретрансляції телетайп: 711)  
ombudsman@spokanetransit.com