|  |
| --- |
| **ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိရေး အသိပေးချက်**  **1964 ခုနှစ် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးများအက်ဥပဒေ ခေါင်းစဉ် VI အရ ကာကွယ်ပေးထားသည့် သင့်အခွင့်အရေးများကို သတိပြုပါ**  ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့  ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့သည် 1964 ခုနှစ် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးများအက်ဥပဒေ ခေါင်းစဉ် VI အရ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိရေးအတွက် သက်ဆိုင်ရာ အာဏာပိုင်များနှင့် ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့တို့က ဦးစီးဆောင်ရွက်သည့် အစီအစဉ်၊ လှုပ်ရှားမှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှု မှန်သမျှနှင့် အားလုံးတွင် မည်သူတစ်ဦးတစ်ယောက်ကိုမျှ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မွေးရပ်ဇာတိ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ လိင်အမျိုးအစား၊ အသက်၊ ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု၊ ဝင်ငွေအခြေအနေ သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်စာ ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းခြင်း (LEP) တို့အပေါ် အခြေခံ၍ ဖယ်ကျဉ်ခြင်း၊ ပါဝင်ခွင့်ပေးခြင်း၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ ငြင်းပယ်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမရှိကြောင်း သေချာစေရန် သန္နိဋ္ဌာန်ပြုပါသည်။  ဥပဒေမဲ့ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုတစ်ခုခုကြောင့် နစ်နာသည်ဟု ယူဆသူ မည်သူမဆိုသည် ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့တော်သို့ တိုင်ကြားချက် တင်သွင်းနိုင်သည်။ ခေါင်းစဉ် VI တိုင်ကြားချက်ကို အလွယ်တကူ တင်သွင်းနိုင်သည်၊[www.bgky.org/transit](http://www.bgky.org/transit) သို့ သွား၍ စာရွက်စာတမ်းများအောက်တွင် ခေါင်းစဉ် VI တိုင်ကြားချက်ပုံစံကို ရှာဖွေကာ ဒေါင်းလုဒ်လုပ်ပါ၊ ၎င်းကို ဖြည့်စွက်ပြီး အောက်ဖော်ပြပါ ရုံးခန်းသို့ စာတိုက်မှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ၊ အီးမေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင် သွားရောက်၍ဖြစ်စေ ပေးပို့ပါ။ ခေါင်းစဉ် VI တိုင်ကြားချက်ပုံစံများကို suite 1 သို့မဟုတ် 2 တွင် အောက်ပါလိပ်စာမှတစ်ဆင့် ရရှိနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် ဘတ်စ်ကား ယာဉ်မောင်းများကို တိုင်ကြားရန် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး ဝန်ထမ်းတစ်ဦးကို မေးမြန်းခြင်းဖြင့် ယင်းတိုင်ကြားချက်ပုံစံကို ရရှိနိုင်ပါသည်။  ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့၏ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးအစီအစဉ်အကြောင်း နောက်ထပ်အချက်အလက်များနှင့် တိုင်ကြားချက်တင်သွင်းမှု လုပ်ငန်းစဉ်များအကြောင်း သိရှိရန် အောက်ပါအတိုင်း ဆက်သွယ်ပါ-  ဆက်သွယ်ရန်-  Robert Gil  304 E 11th Ave,  Suite 2, Bowling Green, Kentucky 42101.  (270) 393-3695 သို့မဟုတ် (270) 782-3163  TTY - (270) 782-3162  KY ထပ်ဆင့် ဝန်ဆောင်မှု နံပါတ် 7-1-1  အီးမေးလ်[robert.gil@ratpdev.com](mailto:robert.gil@ratpdev.com)  နောက်ထပ်အချက်အလက်များ သိရှိရန် [www.bgky.org/transit](http://www.bgky.org/transit) ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ   * ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်ကို တင်သွင်းရန်၊ စွပ်စွဲထားသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြီးနောက် ရက်ပေါင်း 180 အတွင်း အထက်ပါလိပ်စာသို့ တိုင်စာရေးသားပေးပို့ရပါမည်။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားသည့်အနေဖြင့် နှုတ်ဖြင့်တိုင်ကြားမှုများကို မှတ်တမ်းတင်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ဘာသာပြန်ဆိုရန်လည်း အထက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။   တိုင်ကြားသူတစ်ဦးသည် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာရုံးသို့ အောက်ပါအတိုင်း လိပ်မူ၍ တိုင်ကြားစာ တင်ခြင်းဖြင့် ဖက်ဒရယ် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး အစိုးရထံ တိုက်ရိုက်တိုင်ကြားနိုင်သည်၊ သို့- Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC, 20590.  အခြားဘာသာစကားဖြင့် အချက်အလက်များ လိုအပ်ပါက (270) 393-3695 ကို ဆက်သွယ်ပါ။  Si se necesita informacion en otro idioma de contacto, (270) 393-3695. |

**တိုင်ကြားချက်/မှတ်ချက်ပုံစံ**

ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့သည် သင့်အား ဘေးကင်းပြီး ယုံကြည်စိတ်ချရသော သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးပေးရန် ကတိပြုထားပြီး သင့်အကြံပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ အလိုရှိပါသည်။ အကြံပြုချက်များ၊ ချီးကျူးမှုများနှင့် တိုင်ကြားချက်များအတွက် ဤပုံစံကို အသုံးပြုပါ။

ဤပုံစံကို အီလက်ထရွန်နစ် နည်းလမ်းဖြင့် စာရွက်စာတမ်းအား [robert.gil@ratpdev.com](mailto:robert.gil@ratpdev.com) သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ သို့မဟုတ် အောက်ပါလိပ်စာသို့ လူကိုယ်တိုင် လာရောက်ပေးပို့ပါ။

ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့

Robert Gil

သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး မန်နေဂျာ

304 E 11th Ave

Suite 2

Bowling Green, Kentucky 42101

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **အပိုင်း က- အသုံးပြုနိုင်သော ပုံစံ သတ်မှတ်ချက်များ** | | | |
| ဤစာရွက်စာတမ်းအတွက် နှစ်သက်သောဖောမတ်ကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ | | | |
| ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး | TDD သို့မဟုတ် ထပ်ဆင့် | အသံ မှတ်တမ်းတင်ခြင်း | အခြား (ဤအရာကို ရွေးချယ်ပါက အောက်ပါအကွက်တွင် သင်လိုအပ်သည့် ဖောမတ်အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပေးပါ) |
| စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | | |

သင့်အနေဖြင့် (270) 393-3695 မှတစ်ဆင့်လည်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖုန်းခေါ်ဆို ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ တုံ့ပြန်မှုတစ်ခု လက်ခံရရှိရန် သင်၏ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်ကို ပေးထားကြောင်း သေချာပါစေ။

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **အပိုင်း ခ- ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်** | | | |
| အမည် စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (ဧရိယာကုဒ်အပါအဝင်) စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| လိပ်စာ စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | မြို့ စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| ပြည်နယ် စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | ဇစ်ကုဒ် စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| အီးမေးလ်လိပ်စာ စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | | |
| ဤတိုင်ကြားချက်ကို သင်ကိုယ်တိုင် တင်သွင်းသည်မှာ ဟုတ်ပါသလား။ | | ဟုတ် | မဟုတ် |
| သင်ကိုယ်တိုင်မဟုတ်ပါက သင်တိုင်ကြားပေးသူ၏ အမည်၊ ၎င်းနှင့် သင်၏ တော်စပ်ပုံ၊ ၎င်းတို့၏ ကိုယ်စား သင်ဖောင်ဖြည့်ပေးရသည့် အကြောင်းရင်းကို အောက်ပါအကွက်တွင် ဖော်ပြပေးပါ။ | | | |
| စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | | |
| အကယ်၍ သင်သည် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခု၏ကိုယ်စား တင်သွင်းခြင်းဖြစ်ပါက သင့်တွင် နစ်နာသည့် အဖွဲ့အစည်း၏ ခွင့်ပြုချက် ရရှိထားကြောင်း အတည်ပြုပါ။ | | ဟုတ် | မဟုတ် |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **အပိုင်း ဂ မှတ်ချက်အမျိုးအစား** | | | |
| **သင်မည်သည့် မှတ်ချက်အမျိုးအစားကို ပေးမလဲ။ အသင့်တော်ဆုံး အမျိုးအစားကို အမှန်ခြစ်ပါ။** | | | |
| တိုင်ကြားချက် | အကြံပြုချက် | ချီးကျူးမှု | အခြား |
| **အောက်ပါတို့အနက် မည်သည်က မှတ်ချက်၏ ပင်ကိုသဘောကို ဖော်ပြသနည်း။ အမှန်ခြစ်ကွက် တစ်ခုနှင့်အထက်ကို ခြစ်ပေးပါ။** | | | |
| လူမျိုး | အသားအရောင် | မွေးရပ်ဇာတိ | ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု |
| အသက် | ကျား/မ | ဝန်ဆောင်မှု | ဝင်ငွေ အခြေအနေ |
| အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းခြင်း (L.E.P) | | မသန်စွမ်းအမေရိကန်လူမျိုးများဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ (A.D.A) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **အပိုင်း ဃ- မှတ်ချက် အသေးစိတ်** | | | |
| **သင့်မှတ်ချက်နှင့်ပတ်သက်၍ အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေပေးပါ** | | | |
| အောက်ပါ ဝန်ဆောင်မှု အမျိုးအစားတွင် အခင်းဖြစ်ပွားခဲ့ပါသလား။ *သက်ဆိုင်မှုရှိနိုင်သည့် အကွက်မှန်သမျှကို အမှန်ခြစ်ပါ။* | မသန်စွမ်းသူများအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး | မျှစီးတက္ကစီ | ဘတ်စ်ကား |
| ဖြစ်ပွားသည့်ရက်စွဲသည် မည်သည့်ရက်ဖြစ်သနည်း။ | အောက်ပါ ဖောမတ်အချိုးအစားဖြင့်ရက်စွဲထည့်ရန် နှိပ်ပါ**-** နေ့၊ လ၊ ခုနှစ် | | |
| ဖြစ်ပွားချိန်သည် မည်သည့်အချိန်ဖြစ်သနည်း။ | အချိန်ထည့်ရန် နှိပ်ပါ | | |
| ပါဝင်ပတ်သက်နေသည့် ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းများ၏ အမည် သို့မဟုတ် သက်သေခံကတ်ပြားကို ဖော်ပြပါ။ | စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| သက်ဆိုင်ပါက အခြားပါဝင်ပတ်သက်သူများ၏ အမည် သို့မဟုတ် သက်သေခံကတ်ပြားကို ဖော်ပြပါ။ | စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| သက်ဆိုင်ပါက သင်ရှိခဲ့သည့် လမ်းကြောင်း၏ နံပါတ် သို့မဟုတ် အမည်ကို ဖော်ပြပါ။ | စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| သက်ဆိုင်ပါက အခင်းဖြစ်ပွားချိန်တွင် သင်သွားမည့် လမ်းကြောင်း သို့မဟုတ် သွားမည်နေရာကို ဖော်ပြပါ။ | စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| အခင်းဖြစ်ပွားသည့်နေရာကို ဖော်ပြပါ။ | စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| အဖြစ်အပျက်တွင် မသန်စွမ်းသူများ သွားလာနိုင်မှု အထောက်အကူပစ္စည်း အသုံးပြုခြင်းနှင့် ဆက်စပ်နေပါသလား။ | ဟုတ် | မဟုတ် | |
| ကျေးဇူးပြု၍ အဖြစ်အပျက်နှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ထပ်ဖော်ပြချက် အသေးစိတ်ကို ထည့်ပါ။ | စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | |
| **အောက်ပါအကွက်တွင် ဖြစ်ပျက်ခဲ့သမျှနှင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယူဆရသည့် အကြောင်းရင်းကို တတ်နိုင်သမျှ ရှင်းရှင်းလင်းလင်း ရှင်းပြပေးပါ။** | | | |
| စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **အပိုင်း င နောက်ဆက်တွဲ** | | | | |
| နောက်ထပ် အသေးစိတ်အချက်များ သို့မဟုတ် အချက်အလက်များ လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့က သင့်ထံ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသလား။ | | | ဟုတ် | မဟုတ် |
| **အကယ်၍ ဟုတ်လျှင် သင့်ကို မည်သည့်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်စေလိုပါသလဲ။ အောက်တွင် သင်အနှစ်အသက်ဆုံး ဆက်သွယ်မှုပုံစံကို ရွေးချယ်ပါ** | | | | |
| ဖုန်း | အီးမေးလ် | | စာတိုက်မှ ပေးပို့မှု | |
| **သင့်ကို ဖုန်းဖြင့်ဆက်သွယ်စေလိုပါက သင့်အား ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အသင့်တော်ဆုံး ရက်နှင့်အချိန်ကို ဖော်ပြပေးပါ။** | | | | |
| သင်နှစ်သက်သောအချိန်ကို ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ | | သင်နှစ်သက်သောရက်ကို ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ | | |

|  |
| --- |
| **အပိုင်း စ- ဆန္ဒရှိသော ရလဒ်** |
| **အငြင်းပွားမှု သို့မဟုတ် ပြဿနာကို ဖြေရှင်းရန် သင်လုပ်ဆောင်စေလိုသည့် အဆင့်များကို အောက်တွင် ဖော်ပြပေးပါ။** |
| စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ |
| **သက်ဆိုင်ပါက ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ်၊ ဒေသဆိုင်ရာ အစိုးရဌာနများ၊ သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်တရားရုံးတစ်ခုခုကဲ့သို့ သင်တိုင်ကြားချက် တင်သွင်းထားသည့် ထပ်ဆောင်း အစိုးရဌာနအားလုံးကို အောက်တွင် ဖော်ပြပေးပါ။ တိုင်ကြားချက်ပေးပို့ထားသည့် နေရာနှင့် ပတ်သက်သော ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်ကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။** |
| စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ |

|  |  |
| --- | --- |
| **အပိုင်း ဆ- လက်မှတ်** | |
| **ကျေးဇူးပြု၍ စွပ်စွဲချက်ကို ထောက်ခံသော သင့်တွင်ရှိသည့် မည်သည့်စာရွက်စာတမ်းကိုမဆို ပူးတွဲထည့်ပေးပါ။ ထို့နောက် ဤပုံစံကို ရက်စွဲတပ်၊ လက်မှတ်ထိုးကာ ဘိုးလင်းဂရင်းမြို့သို့ ပေးပို့ပါ။** | |
| အမည်စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | **ရက်စွဲ-** အောက်ပါ ဖောမတ်အချိုးအစားဖြင့်ရက်စွဲထည့်ရန် နှိပ်ပါ**-** နေ့၊ လ၊ ခုနှစ် |
| လက်မှတ် စာသားရိုက်ထည့်ရန် ဤနေရာကိုနှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ | |