|  |
| --- |
| **إشعار عدم التمييز**  **كن على دراية بحقوقك المحمية بموجب الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964**  مدينة بولينغ غرين  تلتزم مدينة بولينغ غرين بضمان عدم استبعاد أي شخص من أي وجميع البرامج أو الأنشطة أو الخدمات التي تديرها مدينة بولينغ غرين أو المشاركة فيها أو حرمانه من فوائدها أو التعرض للتمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الإعاقة، أو الجنس، أو العمر، أو الدين، أو حالة الدخل، أو إجادة محدودة للغة الإنجليزية (LEP) وفقًا للمادة السادسة من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 وسلطات عدم التمييز ذات الصلة.  يجوز لأي شخص يعتقد أنه تعرض للظلم من أي ممارسة تمييزية غير قانونية تقديم شكوى إلى مدينة بولينغ غرين. يعد تقديم شكوى بموجب الباب السادس أمرًا سهلاً، فما عليك سوى الانتقال إلى [www.bgky.org/transit](http://www.bgky.org/transit) وتحديد موقع نموذج شكوى الباب السادس ضمن المستندات أو تنزيله أو تعبئته أو إرساله بالبريد الإلكتروني أو عبر بالبريد أو تقديم النموذج شخصيًا إلى المكتب أدناه. تتوفر نماذج شكاوى الباب السادس على العنوان أدناه في الجناح 1 أو 2، أو عن طريق مطالبة موظف النقل بتضمين سائقي الحافلات.  للحصول على معلومات إضافية حول برنامج الحقوق المدنية التابع لمدينة بولينغ غرين، وإجراءات تقديم شكوى، اتصل بما يلي:  جهة الاتصال:  Robert Gil  304 E 11th Ave,  Suite 2, Bowling Green, Kentucky 42101.  (270) 393-3695 أو (270) 782-3163  الهاتف النصي: (270) 782-3162  خدمة الترحيل الهاتفية في كنتاكي 7-1-1  البريد الإلكتروني [robert.gil@ratpdev.com](mailto:robert.gil@ratpdev.com)  للمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.bgky.org/transit](http://www.bgky.org/transit)   * لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز، يجب تقديم الشكوى المكتوبة إلى العنوان أعلاه في غضون 180 يومًا من حالة التمييز المزعومة. لاستيعاب عدد محدود من الأفراد الذين يتقنون اللغة الإنجليزية، يمكن أيضًا تقديم الشكاوى الشفوية المراد توثيقها و/أو ترجمتها على العنوان أعلاه.   يجوز لمقدم الشكوى تقديم شكوى مباشرة إلى إدارة النقل الفيدرالية عن طريق تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية، عناية: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC, 20590.  إذا كانت المعلومات مطلوبة بلغة أخرى، فاتصل بالرقم (270) 393-3695.  Si se necesita informacion en otro idioma de contacto, (270) 393-3695. |

**نموذج الشكوى/التعليق**

تلتزم مدينة بولينغ غرين بتزويدك بخدمات نقل آمنة وموثوق بها ونريد ملاحظاتك. الرجاء استخدام هذا النموذج لتقديم الاقتراحات، وعبارات الثناء، والشكاوى.

يُرجى إرسال هذا النموذج إلكترونيًا عن طريق إرسال المستند بالبريد الإلكتروني إلى [robert.gil@ratpdev.com](mailto:robert.gil@ratpdev.com) أو شخصيًا على العنوان أدناه.

City of Bowling Green

Robert Gil

Transit Manager

304 E 11th Ave

Suite 2

Bowling Green, Kentucky 42101

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الجزء أ: متطلبات التنسيق التي يمكن الوصول إليها** | | | |
| يُرجى التحقق من التنسيق المفضل لهذا المستند | | | |
| طباعة كبيرة | جهاز اتصالات للصم أو الترحيل | التسجيل الصوتي | أخرى (في حالة التحديد، يُرجى تحديد نوع التنسيق الذي تحتاج إليه في المربع أدناه) |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |

يمكنك أيضًا الاتصال بنا على (270) 393-3695. يُرجى التأكد من تقديم معلومات الاتصال الخاصة بك لتلقي الرد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الجزء ب: معلومات الاتصال:** | | | |
| الاسم انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | رقم الهاتف (متضمنًا رمز المنطقة) انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |
| العنوان انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | المدينة انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |
| الولاية انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | الرمز البريدي انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |
| عنوان البريد الإلكتروني انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| هل تقدم هذه الشكوى نيابة عن نفسك؟ | | نعم | لا |
| إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى تقديم اسم الشخص الذي تقدم شكوى من أجله وعلاقتك به وسبب استكمال النموذج نيابة عنه في المربع أدناه. | | | |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| يُرجى تأكيد حصولك على إذن من الطرف المتضرر إذا كنت تقدم الملف نيابة عن طرف خارجي. | | نعم | لا |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الجزء ج: نوع التعليق** | | | |
| **ما نوع التعليق الذي تقدمه؟ يُرجى تحديد الفئة التي تنطبق على أكمل وجه.** | | | |
| الشكوى | الاقتراح | الثناء | أخرى |
| **أي مما يلي يصف طبيعة التعليق؟ يُرجى تحديد خانة أو أكثر من خانات الاختيار.** | | | |
| العرق | اللون | الأصل القومي | الدين |
| العمر | الجنس | الخدمة | حالة الدخل |
| محدودية إجادة اللغة الإنجليزية (L.E.P) | | قانون الأمريكيين ذوو الإعاقة (A.D.A) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الجزء د: تفاصيل التعليق** | | | | |
| **يُرجى الإجابة على الأسئلة أدناه بخصوص تعليقك** | | | | |
| هل وقع الحادث على نوع الخدمة التالية؟ *يرجى تحديد أي مربع قد ينطبق.* | النقل المجتمعي | سيارات الأجرة المشتركة | | الحافلة |
| ما تاريخ الحادث؟ | انقر لإضافة التاريخبالتنسيق التالي**:** اليوم، الشهر، العام | | | |
| متى وقع الحادث؟ | انقر لإضافة الوقت | | | |
| ما اسم أو هوية الموظف أو الموظفين المعنيين؟ | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| ما اسم أو هوية الأشخاص الآخرين المعنيين، إن أمكن؟ | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| ما رقم أو اسم الطريق الذي كنت تسلكه، إن أمكن؟ | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| ما الاتجاه أو الوجهة التي كنت تتجه إليها عند وقوع الحادث، إن أمكن؟ | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| أين كان مكان الحادث؟ | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| هل كان استخدام المساعدة على التنقل سببًا في الحادث؟ | نعم | | لا | |
| يُرجى إضافة أي تفاصيل وصفية إضافية حول الحادث. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| **في المربع أدناه، يُرجى توضيح ما حدث ولماذا تعتقد أنك تعرضت للتمييز بأكبر قدر ممكن من الوضوح.** | | | | |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الجزء هـ: المتابعة** | | | | |
| هل يمكننا الاتصال بك إذا احتجنا إلى مزيد من التفاصيل أو المعلومات؟ | | | نعم | لا |
| **إذا كانت الإجابة بنعم، فكيف تحب أن يتم التواصل معك؟ يُرجى تحديد نموذج الاتصال المفضل لديك أدناه** | | | | |
| الهاتف | البريد الإلكتروني | | البريد | |
| **إذا كنت تفضل أن يتم الاتصال بك عبر الهاتف، يُرجى كتابة أفضل يوم ووقت للاتصال بك.** | | | | |
| انقر هنا لإضافة الوقت المفضل لديك | | انقر هنا لإضافة اليوم المفضل لديك | | |

|  |
| --- |
| **الجزء و: النتيجة المرجوة** |
| **يُرجى سرد الخطوات التي ترغب في اتخاذها لمعالجة الصراع أو المشكلة أدناه.** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| **إذا كان ذلك ممكنًا، يُرجى سرد أدناه جميع الوكالات الإضافية التي قدمت إليها هذه الشكوى مثل الوكالات الفيدرالية، أو الحكومية، أو المحلية، أو مع أي محكمة فيدرالية أو تابعة للولاية. يُرجى تضمين معلومات الاتصال بالمكان الذي تم إرسال الشكوى إليه.** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |

|  |  |
| --- | --- |
| **الجزء ز: التوقيع** | |
| **يُرجى إرفاق أي مستندات لديك تدعم الادعاء. ثم قم بتأريخ وتوقيع هذا النموذج وإرساله إلى مدينة بولينغ غرين.** | |
| الاسم انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | **التاريخ:** انقر لإضافة التاريخبالتنسيق التالي**:** اليوم، الشهر، العام |
| التوقيع انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | |