وكالة TRINITY METRO

**نموذج الطعن بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)**

يجب تقديم الطعن على القرار النهائي في غضون 10 أيام عمل بعد استلام خطاب القرار النهائي. ولتقديم طعن، أكمل هذا النموذج وأرسله إلى:

**عناية: نائب رئيس/مدير عمليات الحافلات وخدمة نقل ذوي الإعاقة**

**وكالة TRINITY METRO**

**801 Grove St.**

**Fort Worth, TX 76102** يمكنك أيضًا إرسال النموذج المكتمل عبر البريد الإلكتروني إلى **compliance@ridetm.org**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| .A |  **معلومات مقدم الطعن** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **الاسم** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **الهاتف المتاح خلال النهار** |  | **عنوان البريد الإلكتروني** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **عنوان المراسلات البريدية** |  | *المدينة* |  | *الولاية* |  | *الرمز البريدي* |
|  |  |  |  |
|  | **متطلبات التنسيقات التي يمكن الوصول إليها** *(إن أمكن)* |
|  | ○ **الطباعة بحجم كبير** ○ **TDD** ○ **شريط صوتي** ○ **غير ذلك:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| .B |  **المعلومات الأساسية/معلومات الطرف الثالث** |
|  | إذا كنت تقدم هذا الطعن نيابةً عن نفسك، فانتقل إلى القسم .C |
|  |  |  |  |
|  | **الاسم** |  | **الصلة بمقدم الطعن** |
|  | **يُرجى توضيح سبب تقديم الطعن نيابةً عن الطرف المتظلم:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  | **هل حصلت على إذن من الطرف المتظلم بتقديم الطعن نيابةً عنه؟** ○ **نعم** ○ **لا** |
|  |  |  |  |
| 801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.org**يناير 2023** |

وكالة TRINITY METRO

**نموذج الطعن بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| .C |  **أسباب الطعن** |  |  |
|  | أرى أنه يجب مراجعة القرار النهائي الصادر في هذا الشأن للأسباب التالية: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| .D |  **جهات اتصال تقديم الشكوى** |
|  |  |  |  |
| **هل قدمت هذه الشكوى إلى أي وكالة أو محكمة محلية أو ولائية أو اتحادية أخرى؟ ○ نعم ○ لا** |
|  |  |  |  |
| إذا كانت الإجابة بنعم، اختر كل ما ينطبق: | ○ **وكالة محلية** ○ **وكالة ولائية** ○ **وكالة اتحادية** ○ **محكمة ولائية** ○ **محكمة اتحادية** |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  | **اسم جهة الاتصال بالوكالة/المحكمة** |  | **المسمى الوظيفي/الدور المنوط بجهة الاتصال بالوكالة/المحكمة** |
|  |  |  |  |
|  | **رقم هاتف جهة الاتصال** |  | **اسم الوكالة/المحكمة** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **عنوان المراسلات البريدية** *(إذا كان غير معروف، فاتركه فارغًا)* |  | *المدينة* |  | *الولاية* |  | *الرمز البريدي* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | يمكنك إرفاق أي مواد مكتوبة أو معلومات أخرى تعتقد أنها ذات صلة بالطعن. |
|  |  |  |  |
|  | **توقيع مقدم الطعن** |  | **التاريخ** |
|  |  |  |  |
| 801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.orgيناير 2023619-140\_E.Inf.Di\_20 |

وكالة TRINITY METRO

**نموذج الطعن بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)**

|  |
| --- |
| يُرجى إرسال النموذج المكتمل بالبريد الإلكتروني إلى:**COMPLIANCE@RIDETM.ORG**أو أرسله عبر البريد إلى:**عناية: نائب رئيس/مدير عمليات الحافلات وخدمة نقل ذوي الإعاقة****وكالة TRINITY METRO****801 GROVE ST.****FORT WORTH, TX 76102** |
|  |
| للاستخدام المكتبي فقط |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **الاختصاص القضائي:**خلال 90 يومًا من الحدث |  | **الإغلاق:** |
|  |  | □ |
|  |  | **1 – خطاب الإغلاق** |
| **الطعن:** |  | □ |
| بعد 10 أيام من تاريخ استلام خطاب الإغلاق أو خطاب النتائج |  | **2 – خطاب النتائج** |
|  |  | □ |
|  |  | **3 – إداري (FC)** |
|  |  | □ |
|  |  | **4 – إداري (CW)** |
|  |  |  |
| 801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.orgيناير 2023619-140\_E.Inf.Di\_20 |