|  |  |
| --- | --- |
| Complainant (s) Name:  *اسم مقدم/مقدمي الشكوى:* | Complainant (s) Address:  *عنوان مقدم/مقدمي الشكوى:* |
| Complainant (s) Phone Number:  *رقم هاتف مقدم/مقدمي الشكوى:* |
| Complainants Representatives Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc.):  *اسم، وعنوان، ورقم هاتف ممثلي مقدمي الشكاوى، والصلة (مثل الصديق، والمحامي، والوالد، وما إلى ذلك:(* | |
| Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You:  *اسم وعنوان الوكالة أو المؤسسة أو القسم الذي تزعم أنه مارس التمييز ضدك:* | |
| Names of the Individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known):  *أسماء الأشخاص الذين تزعم أنهم مارسوا التمييز ضدك (إذا كانوا معروفين(:* | |
| I believe the discrimination I Race *العرق*  experienced was based on  (check all that apply): Color *اللون*  *أعتقد أن التمييز الذي*  *تعرضت له كان مستندًا إلى* National Origin  *)حدد كل ما ينطبق:( الأصل* | Date of Alleged Discrimination:  *تاريخ التمييز المزعوم:* |

:Mail to *أرسل نموذج الشكوى بالبريد إلى:* **Detra Whitmore***،***نائب الرئيس للمشاركة المجتمعية**، **801 Grove St.،** **Fort Worth, Texas 76102**:This form may also be faxed to *يمكن أيضًا إرسال هذا النموذج بالفاكس إلى*:**817-215-7533**

A complaint must be filed no later than 180 days after the date of the alleged discrimination.

*ينبغي تقديم الشكوى في موعد لا يتجاوز 180 يومًا من تاريخ التمييز المزعوم.*

|  |
| --- |
| Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that Trinity Metro could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).  *اذكر اسم ورقم/أرقام هاتف أي شخص، إذا كان معروفًا، يمكن لوكالة Trinity Metro الاتصال به للحصول على معلومات إضافية لدعم أو توضيح مزاعمك.* |
| Please explain as clearly as possible **how, why, when** and **where** you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed.  *وضح بأكبر قدر ممكن من الشفافية* ***كيف ولماذا ومتى وأين*** *تعتقد أنك تعرضت للتمييز. وقم بتضمين أكبر قدر ممكن من المعلومات الأساسية حول أعمال التمييز المزعومة. يمكن إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.* |
| Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature: Date of Signature:  *توقيع مقدم /مقدمي الشكاوى أو ممثلي مقدم/مقدمي الشكاوى: تاريخ التوقيع:* |