

وكالة TRINITY METRO
الباب السادس، برنامج عدم التمييز

شكوى ضد التمييز

Complainant (s) Address:
عنوان مقدم/مقدمي الشكوى:

Complainant (s) Name:
اسم 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 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):

Date of Alleged Discrimination: تاريخ التمييز المزعوم:	Race العرق	I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply): أعتقد أن التمييز الذي تعرضت له كان مستنداً إلى (حدد كل ما ينطبق):
	Color اللون	
	National Origin الأصل	

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

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 يوماً من تاريخ التمييز المزعوم.

وكالة TRINITY METRO
الباب السادس، برنامج عدم التمييز

شكوى ضد التمييز

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/ارقام هاتف أي شخص، إذا كان معروفاً، 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.

Date of Signature:

تاريخ التوقيع:

Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature:

توقيع مقدم /مقدمي الشكاوى أو ممثلي مقدم/مقدمي الشكاوى: