|  |  |
| --- | --- |
| Complainant (s) Name:  *ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຮຽນ:* | Complainant (s) Address:  *ທີ່ຢູ່ຜູ້ຮ້ອງຮຽນ:* |
| Complainant (s) Phone Number***:***  *ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ:* |
| Complainants Representatives Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc.):  *ຊື່ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບ ແລະ ຄວາມສຳພັນ (ເຊັ່ນ ໝູ່ເພື່ອນ, ທະນາຍຄວາມ, ຜູ້ປົກຄອງ, ອື່ນໆ):* | |
| Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You:  *ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງໜ່ວຍງານ, ສະຖາບັນ ຫຼື ພະແນກທີ່ທ່ານກ່າວຫາວ່າແບ່ງແຍກທ່ານ:* | |
| Names of the Individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known):  *ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ທ່ານກ່າວຫາວ່າແບ່ງແຍກທ່ານ (ຖ້າຮູ້ຈັກ):* | |
| I believe the discrimination I Race *ເຊື້ອຊາດ*  experienced was based on  (check all that apply): Color *ສີຜິວ*  *ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າ ການແບ່ງແຍກທີ່  ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຜະເຊີນນັ້ນແມ່ນອີງຕາມ:* National Origin  *ຕິກທຸກຢ່າງທີ່ໃຊ້: ຊາດກຳເນີດ* | Date of Alleged Discrimination: *ວັນທີຂອງການກ່າວຫາການແບ່ງແຍກ:* |

Mail to: *ສົ່ງໄປທີ່:* **Detra Whitmore, VP of Administration, 801 Grove St., Fort Worth, Texas 76102**This form may also be faxed to: *ແບບຟອມນີ້ອາດຈະແຟັກໄປທີ່:* **817-215-7533**

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

*ຮ້ອງຮຽນຕ້ອງຖືກຍື່ນບໍ່ໃຫ້ກາຍ 180 ມື້ຫຼັງຈາກມື້ທີ່ການແບ່ງແຍກຖືກກ່າວຫາ.*

|  |
| --- |
| 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).  *ກະລຸນາລະບຸຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງບຸກຄົນໃດກໍຕາມ ຖ້າຮູ້ຈັກ ເພື່ອ Trinity Metro ຈະສາມາດຕິດຕໍ່ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີ່ມເພື່ອສະໜັບສະໜູນ ຫຼື ຊີ້ແຈງການກ່າວຫາຂອງທ່ານ.* |
| 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.  *ກະລຸນາອະທິບາຍໃຫ້ຊັດເຈນທີ່ສຸດວ່າ ແນວໃດ, ເປັນຫຍັງ, ເມື່ອໃດ ແລະ ຢູ່ໃສ ທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າ ທ່ານຖືກແບ່ງແຍກ. ໃຫ້ລວມເຖິງຂໍ້ມູນເບື້ອງຫຼັງໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ຈະຫຼາຍໄດ້ກ່ຽວກັບການກະທຳຂອງການແບ່ງແຍກທີ່ຖືກກ່າວຫາ. ສາມາດຂັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີ່ມຖ້າຈຳເປັນ.* |
| Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature: Date of Signature:  *ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ຕົວແທນຜູ້ຮ້ອງຮຽນ: ວັນທີລົງລາຍເຊັນ:* |