



Департамент транспорта
штата Мэриленд

БЛАНК ЖАЛОБЫ О НАРУШЕНИИ РАЗДЕЛА VI

Раздел I				
Имя:				
Адрес:				
Телефон (домашний)			Телефон (рабочий):	
Адрес электронной почты:				
Требования по доступному формату?	Крупный шрифт		Аудиокассета	
	TDD		Другое	
Раздел II				
Вы подаете данную жалобу от своего имени?			Да*	Нет
*Если Вы ответили “Да” на этот вопрос, переходите к Разделу III.				
Если “Нет”, пожалуйста укажите имя и степень родства с человеком, от имени которого Вы подаете жалобу:				
Пожалуйста объясните, почему Вы подаете жалобу от третьего лица: _____				
Пожалуйста подтвердите, что Вы действуете с разрешения потерпевшей стороны, если Вы подаете жалобу от имени третьего лица.			Да	Нет
Секция III				
По моему мнению дискриминация, которой я подвергся, была основана на (отметьте все подходящие пункты):				
<input type="checkbox"/> Раса	<input type="checkbox"/> Цвете кожи	<input type="checkbox"/> Национальности		
Дата проявления предположительной дискриминации (Месяц, День, Год): _____				
Объясните насколько возможно ясно, что произошло и почему Вы считаете, что стали объектом дискриминации. Опишите всех задействованных лиц. Включите имя и контактную информацию лица (лиц), которые проявили по отношению к Вам дискриминацию (если знаете), а также имена и контактную информацию возможных свидетелей. Если понадобится больше места, пожалуйста используйте обратную сторону данного бланка.				



Департамент транспорта
штата Мэриленд

БЛАНК ЖАЛОБЫ О НАРУШЕНИИ РАЗДЕЛА VI – страница 2

Раздел IV		
Вы ранее подавали этому агентству жалобу о нарушении Раздела VI?	Да	Нет
Раздел V		
Подавали ли Вы жалобу о нарушении Раздела VI в любое другое агентство на федеральном, штатном или местном уровнях, либо в суды федеральной и штатной инстанций?		
[] Да [] Нет		
Если да, отметьте куда именно:		
[] Федеральное Агентство:	[] Штатное Агентство:	
[] Федеральный Суд:	[] Местное Агентство:	
[] Штатный Суд:		
Пожалуйста, укажите информацию о контактном лице в агентстве или суде, куда была подана жалоба.		
Имя:		
Должность:		
Агентство:		
Адрес:		
Телефон:		
Раздел VI		
Название агентства, на которое подается жалоба:		
Контактное лицо:		
Должность:		
Номер телефона:		

Вы можете приложить любые письменные материалы или другую информацию, которая по Вашему мнению имеет значение для Вашей жалобы.

Обязательно поставьте подпись и дату ниже.

Подпись

Дата

Пожалуйста подайте эту форму лично или отправьте по почте по следующему адресу:
Maryland Department of Transportation
Title VI Program Manager
Office of Diversity and Equity
7201 Corporate Center Drive
Hanover, Maryland 21076