

# CapMetro

## टाइटल VI शिकायत प्रपत्र कैपिटल मेट्रोपॉलिटन ट्रांसपोर्टेशन अथॉरिटी

CapMetro यह सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्ध है कि किसी भी व्यक्ति को नस्ल, रंग या राष्ट्रीय मूल के आधार पर अपनी सेवाओं में भाग लेने से रोका न जाए या उसे सेवाओं के लाभों से वंचित न किया जाए, जो 1964 के संशोधित नागरिक अधिकार अधिनियम के टाइटल VI द्वारा प्रदान किये गये हैं। टाइटल VI शिकायतें कथित भेदभाव की तारीख से 180 दिनों के भीतर दर्ज की जानी चाहिए।

आपकी शिकायत पर कार्यवाही करने में हमारी सहायता के लिए निम्नलिखित जानकारी आवश्यक है। यदि आपको इस फॉर्म को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है तो कृपया टाइटल VI अधिकारी से (512) 369-6255 या [titlevicomplaints@capmetro.org](mailto:titlevicomplaints@capmetro.org) पर संपर्क करें। भरे हुए फॉर्म को निम्न अधिकारी का ध्यान आकृष्ट करते हुए CapMetro को लौटाना होगा: Title VI Complaints, 2910 E. 5<sup>th</sup> Street, Austin, TX 78702.

खंड 1

आपका नाम

ईमेल पता

दिन के समय का

फोन शाम के

समय का फोन

पता

सुलभ प्रारूप आवश्यकताएँ (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें):

- बड़ा प्रिंट
- ऑडियो टेप
- TDD
- अन्य (निर्दिष्ट करें): \_\_\_\_\_

क्या आप अपनी ओर से यह शिकायत दर्ज कर रहे हैं? हां \_ नहीं

यदि हाँ, तो खंड 2 पर जाएं।

यदि नहीं, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी दें

- उस व्यक्ति का नाम जिसके लिए आप शिकायत कर रहे हैं \_\_\_\_\_
- आपके साथ संबंध \_\_\_\_\_
- कृपया बताएं कि आपने इस व्यक्ति के लिए आवेदन दाखिल क्यों किया है \_\_\_\_\_
- कृपया पुष्टि करें कि आपने उनकी ओर से यह शिकायत दर्ज करने के लिए इस व्यक्ति की अनुमति प्राप्त कर ली है। हां \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_

खंड 2

घटना की तारीख: \_\_\_\_\_

निम्नलिखित में से कथित भेदभाव के कारण का सबसे अच्छा वर्णन कौन करता है? (एक पर टिक करें)

- नस्ल
- रंग
- मूल राष्ट्रियता (सीमित अंग्रेजी दक्षता सहित)

कृपया कथित भेदभाव की घटना का वर्णन करें। नाम, तारीख, समय, रूट नंबर, गवाह और आपकी शिकायत की समीक्षा करने में हमारी सहायता करने वाली किसी भी अन्य जानकारी, और यदि उपलब्ध हो तो कोई भी विशिष्ट जानकारी शामिल करें। बताएं कि क्या हुआ और आप किसे जिम्मेदार मानते हैं। यदि अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता हो, तो कृपया अतिरिक्त पेज का उपयोग करें।

क्या आपने किसी अन्य संघीय, राज्य या स्थानीय एजेंसियों के पास शिकायत दर्ज की है? हाँ \_\_\_\_\_ - नहीं \_\_\_\_\_  
यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

- एजेंसी का नाम: \_\_\_\_\_
- एजेंसी का पता: \_\_\_\_\_
- संपर्क नाम: \_\_\_\_\_
- फ़ोन: \_\_\_\_\_

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त शिकायत पढ़ ली है और यह मेरी समझ, जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।

\_\_\_\_\_   
 शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_   
 तारीख

केवल आंतरिक उपयोग के लिए:

प्राप्त होने की तिथि:

द्वारा प्राप्त किया गया: \_\_\_\_\_