

# CapMetro

## عنوان VI شکایت فارم کیپیٹل میٹروپولیٹن ٹرانسپورٹیشن Authority

ترمیم شدہ 1964 کے شہری حقوق ایکٹ کے عنوان VI کے تحت CapMetro اس بات کو یقینی بنانے کے لئے پُر عزم ہے کہ وہ کسی بھی شخص کو نسل، رنگ یا قومیت کی بنیاد پر امتیازی سلوک کیے بغیر اپنی تمام خدمات فراہم کرے گا۔ عنوان VI کی شکایات مبینہ امتیازی سلوک کی تاریخ سے 180 دن کے اندر درج کی جانی چاہئے۔

آپ کی شکایت پر کارروائی کرنے کے لیے مندرجہ ذیل معلومات ہمارے لئے ضروری ہیں۔ اگر یہ فارم مکمل کرنے میں آپ کو مدد کی ضرورت ہے تو براہ کرم (512) 6255-369 پر یا [titlecomplaints@capmetro.org](mailto:titlecomplaints@capmetro.org) پر عنوان VI افسر سے رابطہ کریں۔ مکمل شدہ فارم CapMetro, ATTN کو واپس کرنا ضروری ہے: عنوان VI شکایات، 2910 E. 5th Street, Austin, TX 78702.

سیکشن 1

آپ کا نام

ای میل ایڈریس

دن کا فون شام کا

فون ایڈریس

قابل رسائی فارمیٹ کی ضروریات (وہ تمام آپشنز منتخب کریں جو لاگو): ہوتی ہیں):

بڑا پرنٹ

آڈیو ٹیپ

TDD

دیگر (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

کیا آپ یہ شکایت اپنی طرف سے درج کروا رہے ہیں؟ ہاں۔ \_\_\_\_\_ نہیں۔ \_\_\_\_\_

اگر ہاں، تو سیکشن 2 پر جائیں۔

اگر نہیں، تو براہ مہربانی مندرجہ ذیل معلومات فراہم کریں

اس شخص کا نام جس کے لئے آپ شکایت درج کروا رہے ہیں \_\_\_\_\_

آپ کے ساتھ تعلق \_\_\_\_\_

برائے مہربانی وضاحت کریں کہ آپ نے اس شخص کے لئے درخواست کیوں دی ہے۔ \_\_\_\_\_

○ براہ مہربانی تصدیق کریں کہ آپ نے اس شخص کی طرف سے یہ شکایت درج کرنے کی اجازت حاصل کی

ہے۔ ہاں  نہیں

سیکشن 2

واقعہ کی تاریخ: \_\_\_\_\_

مندرجہ ذیل میں سے کون سی صفت مبینہ امتیازی سلوک کی وجہ بنی؟ (one Check)

○ نسل

○ رنگ

○ قومیت (بشمول محدود انگریزی مہارت)

براہ مہربانی مبینہ امتیازی سلوک کا واقعہ بیان کریں۔ اگر دستیاب ہوں تو درج ذیل مخصوص تفصیلات بتائیں جن میں نام، تاریخ، وقت، روٹ نمبر، گواہ اور کوئی بھی دوسری معلومات شامل ہیں جو آپ کی شکایت کے جائزے میں ہماری مدد کر سکیں۔ وضاحت کریں کہ کیا ہوا تھا اور آپ کے خیال میں کون اس کا ذمہ دار ہے۔ اگر اضافی جگہ کی ضرورت ہو تو براہ کرم اضافی صفحات استعمال کریں۔

کیا آپ نے کسی دوسری وفاقی، ریاستی یا مقامی ایجنسیوں میں شکایت درج کرائی ہے؟ ہاں  نہیں  .  
اگر ہاں، تو براہ مہربانی مندرجہ ذیل معلومات فراہم کریں:

○ ایجنسی کا نام: \_\_\_\_\_

○ ایجنسی کا پتہ: \_\_\_\_\_

○ رابطے کا نام: \_\_\_\_\_

○ فون: \_\_\_\_\_

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے مذکورہ شکایت پڑھی ہے اور یہ میرے علم، معلومات اور رائے کے مطابق درست ہے۔

\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ شکایت کنندہ کے دستخط

صرف دفتری استعمال کے لئے:

موصول ہونے کے، تاریخ:

\_\_\_\_\_ موصول کنندہ: