

هر فردی که معتقد است به خاطر تبعیض ناشی از نژاد، رنگ پوست یا ملیت از شرکت در برنامه‌ها، فعالیت‌ها، یا خدمات RTD یا بهرمندی از مزایای آن‌ها محروم شده‌است می‌تواند شکایت عنوان ششم را در RTD مطرح کند.

شکایت باید ظرف 180 روز از تاریخ تبعیض مورد ادعا مطرح شود. RTD استفاده از نماینده برای طرح شکایت از طرف شاکی را مجاز می‌داند. تمام تماس‌های مربوط به شکایت در ابتدا با نماینده شاکی و سپس با خود شاکی گرفته می‌شود.

وقتی شکایت مطرح شد، RTD شکایت را بررسی می‌کند و مشخص می‌کند که آیا ما صلاحیت قضایی داریم یا خیر. ظرف هفت (7) روز کاری از طرح شکایت مشتری نامه تأییدیه‌ای را دریافت می‌کند که به او اطلاع می‌دهد آیا شکایت مورد بررسی RTD قرار خواهد گرفت یا خیر. چنانچه زمان بیشتری از سوی RTD تعیین نشده باشد، شاکی ده (10) روز از تاریخ نامه فرصت دارد تا اطلاعات درخواست شده را به مأمور تحقیق RTD تعیین شده برای این پرونده بفرستد.

مأمور تحقیق ممکن است با هر فردی که به عنوان شاهد ذکر شده یا هر فرد مطلع دیگری مصاحبه کند. چنانچه اطلاعات بیشتری برای حل پرونده نیاز باشد، RTD ممکن است با شاکی یا شاهد تماس بگیرد. در صورتیکه مأمور تحقیق RTD تماسی از شاکی دریافت نکند یا ظرف مدت لازم اطلاعات دیگری دریافت نکند، RTD ممکن است به لحاظ اداری پرونده را ببندد. همچنین پرونده ممکن است در صورت عدم تمایل شاکی برای پیگیری آن به طور اداری بسته شود.

RTD معمولاً تحقیقات را ظرف شصت (60) روز از دریافت فرم شکایت پر شده تکمیل می‌کند. گرچه RTD سعی می‌کند شکایت‌ها را سریع حل و فصل کند، این فرآیند بسته به پیچیدگی شکایت، افراد درگیر، و سایر عوامل متفاوت خواهد بود. وقتی تحقیقات به نتیجه برسد، شاکی نامه پاسخی نهایی به شکایت را دریافت خواهد کرد.

در صورتیکه شاکی با تصمیم RTD مخالف باشد، می‌تواند ظرف هفت (7) روز از تاریخ نامه RTD با ارائه درخواست کتبی به مدیر RTD's Transit Equity درخواست تجدیدنظر کند، و مبنای تجدیدنظر را به تفصیل بیان کند. مدیر Transit Equity تصمیم خود مبنی بر قبول یا رد درخواست تجدیدنظر را ظرف ده (10) روز به شاکی اطلاع خواهد داد. در مواردی که تجدیدنظر صورت گیرد، مدیر Transit Equity بعد از تکمیل بررسی تجدیدنظر نامه تصمیم خود را به شاکی خواهد فرستاد.

بند ۶ قانون حقوق مدنی سال ۱۹۶۴ بیان می‌کند که "هیچ فردی در ایالات متحده نباید به دلیل نژاد، رنگ پوست یا خاستگاه ملی از مشارکت در هیچ یک از برنامه‌ها یا فعالیت‌های دریافت کننده کمک‌های مالی فدرال مستثنی باشد." شده، یا از مزایای آن محروم شود، یا مورد تبعیض قرار گیرد

لطفا اطلاعات لازم زیر را برای پردازش شکایت خود ارائه دهید. کمک در صورت درخواست در دسترس است. این فرم را تکمیل کرده و آن را پست کنید یا به آدرس زیر تحویل دهید

Regional Transportation District, Transit Equity Office, 1660 Blake Street BLK-31, Denver, CO
شما می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت ۸ تا ۵ با استفاده از شماره 303-299-6000 با دفتر ما تماس بگیرید، یا اینکه 80202.
ایمیل بزنید titlevicomplaints@rtd-denver.com. به دفتر ما به آدرس

1. نام شاکی: _____

2. نشانی: _____

3. شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

4. شماره تلفن (خانه): _____ (محل کار): _____

5. نام شخص مورد تبعیض (اگر غیر از شاکی باشد): _____

نام: _____

نشانی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

6. تبعیض بر چه اساس صورت گرفت؟ (همه مواردی که صدق می‌کنند را علامت بزنید)

نژاد رنگ پوست خاستگاه ملی

7. تاریخ حادثه منجر به تبعیض: _____

8. توضیح دهید که چگونه مورد تبعیض قرار گرفتید. چه اتفاقی افتاد و چه کسی مسئول آن بود؟ در صورت نیاز به فضای بیشتر، برگه‌های اضافی مورد استفاده را به پشت فرم الصاق کنید.

9. نقش داشتند؟ RTD کدام نمایندگان

10. این حادثه در کجا اتفاق افتاد؟ لطفا مکان، شماره اتوبوس، نام راننده و غیره را ارائه دهید

11. شاهدان؟ لطفا اطلاعات تماس آن ها را ارائه کنید

نام: _____
 نشانی: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
 شماره های تلفن: (خانه) _____ (محل کار): _____
 پست الکترونیک: _____

نام: _____
 نشانی: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
 شماره های تلفن: (خانه) _____ (محل کار): _____
 پست الکترونیک: _____

نام: _____
 نشانی: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
 شماره های تلفن: (خانه) _____ (محل کار): _____
 پست الکترونیک: _____

12. آیا این شکایت را به هیچ یک از آژانس های فدرال، ایالتی یا محلی؛ یا یک دادگاه فدرال یا ایالتی تسلیم کرده اید؟

(گزینه مناسب را علامت بزنید) بلی خیر

اگر پاسخ مثبت است، هر آژانسی که شکایت را به آن تسلیم کرده اید علامت بزنید:

<input type="checkbox"/> آژانس ایالتی	<input type="checkbox"/> دادگاه فدرال	<input type="checkbox"/> آژانس فدرال
<input type="checkbox"/> موارد دیگر	<input type="checkbox"/> آژانس محلی	<input type="checkbox"/> دادگاه ایالتی

13. اطلاعات تماس رابط آژانسی که شکایت را به آن تسلیم کرده اید ارائه کنید:

نام: _____
 نشانی: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
 تاریخ ثبت: _____

قسمت زیر شکایت را امضا کنید. هر مدرکی را که فکر می کنید شکایت شما را تایید می کند، پیوست کنید.

امضای شاکی

تاریخ امضا