



اداره حمل و نقل عمومی ناحیه خلیج سن فرانسیسکو  
(SAN FRANCISCO BAY AREA RAPID TRANSIT DISTRICT)  
فرم شکایت ماده VI

نام شاکی	شماره تلفن منزل		
آدرس منزل خیابان	شهر، ایالت	کدپستی	شماره تلفن محل کار
گروه نژادی/قومی	جنسیت	آدرس ایمیل	شماره تلفن منزل
فردی که مورد تبعیض واقع شده است (اگر فردی بغیر از شاکی است)			
آدرس منزل خیابان	شهر، ایالت	کدپستی	شماره تلفن محل کار

1. زمینه و مبنای تبعیض (در خانه(های) مربوطه علامت بزنید):

نژاد  رنگ پوست  اصلیت ملی

2. تاریخ اقدام(های) تبعیض آمیز مورد ادعا: \_\_\_\_\_

3. طرف مقابل (شکایت بر علیه وی تسلیم شده است)

نام		
سمت	محل کار	

4. توضیح بدهید که چگونه بر علیه شما تبعیض روا شده است. چه اتفاقی افتاده و چه کسی مسئول است؟ اگر برای نوشتن به فضای بیشتر احتیاج دارید می توانید برگه های اضافی ضمیمه کنید.

---



---



---



---



---



---



---



---

5. آیا این شکایت را نزد سازمان های فدرال، ایالتی یا محلی دیگر؛ یا یک دادگاه فدرال یا ایالتی ثبت کرده اید؟  
اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً جلوی نام سازمانی که شکایت را نزد آن تسلیم کرده اید علامت بزنید:

سازمان فدرال  دادگاه فدرال  سازمان ایالتی  دادگاه ایالتی  
 سازمان محلی  تاریخ تسلیم

6. لطفاً مشخصات تماس فرد مسئول را در سازمان دیگر یا دادگاهی که شکایت تان را تسلیم کرده اید ارائه نمایید:

نام		
آدرس خیابان	شهر، ایالت	کدپستی
شماره تلفن		

لطفاً فرم شکایت را در قسمت زیر امضا کنید. کلیه مدارک و اسناد پشتیبان را ضمیمه نمایید.

امضا	تاریخ