

[Español](#)
[Français](#)
[Português](#)

[Viêt](#)
[Русский](#)
[Hausa](#)

[中國](#)
[ગુજરાતી](#)
[Igbo](#)

[中國](#)
[한국의](#)
[Yoruba](#) [Somali](#)

(704) 336 7433 или Telltransit@charlottenc.gov

Сотрудник по вопросам гражданских прав, CATS, 600 East Fourth Street, Charlotte, NC 28202

ФОРМА ЖАЛОБЫ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ ПО РАЗДЕЛУ VI

1. Имя заявителя:	4. Лицо, в отношении которого была совершена дискриминация (если не заявитель)	
2. Телефон:	Имя:	
3. Домашний адрес (улица, город, штат, почтовый индекс):	Адрес:	
	Город, штат, почтовый индекс:	
	Номера телефонов:	
5. Опишите, кто, по вашему мнению, совершил дискриминацию. Если известно, укажите: имена лиц, номер жетона, номер автомобиля и/или контактную информацию.	6. Дата и время инцидента (месяц, день, время суток, год):	7. Место инцидента (если задействован автобус, укажите его маршрут и номер):
9. Я считаю, что дискриминация, с которой я столкнулся(ась), была основана на следующих критериях (отметьте все подходящие варианты): ☐ раса; ☐ цвет кожи; ☐ национальное происхождение; ☐ ограниченное владение английским языком и/или язык, на котором я говорю. Опишите как можно более четко, что произошло и почему вы считаете, что стали жертвой дискриминации. Если места недостаточно, используйте обратную сторону формы.		
10. Укажите максимально полные данные всех лиц или свидетелей, с которыми мы можем связаться для получения дополнительной информации в поддержку или для уточнения ваших утверждений (имена, адреса, телефоны).		
11. Какая еще информация у вас есть, которая имеет отношение к расследованию этой жалобы?		
12. Какое решение вашей проблемы вы бы сочли удовлетворительным?	12. Если вы уже подавали эту жалобу в CATS ранее, укажите когда, куда и каким образом.	
Подпись:	ДАТА:	
INTAKE BY (Administration Staff Representative)		