

روش شکایت ماده VI

1. فرم های شکایت ماده VI را می توانید از وب سایت www.bart.gov دانلود کرده یا از دفتر حقوق مدنی (Office of Civil Rights – OCR) درخواست نمایید. افراد شاکی همچنین باید یک اظهارنامه کتبی شامل کلیه اطلاعات زیر ارسال کنند:
 - a. نام، آدرس، و شماره تلفن شاکی
 - b. مبنا و زمینه شکایت (نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی).
 - c. تاریخ یا تاریخ هایی که رخداد یا رخداد های تبعیض آمیز مورد ادعا در آنها واقع شده اند.
 - d. ماهیت اتفاقی که باعث شد شاکی تصور کند تبعیض رخ داده است.
 - e. نام، آدرس و شماره تلفن افرادی که ممکن است اطلاعاتی درباره رخداد داشته باشند.
 - f. سایر سازمان ها یا دادگاه ها که احتمالاً شکایت نزد آنها ثبت شده است به همراه نام فرد مورد تماس.
 - g. امضای شاکی و تاریخ.
2. اگر شاکی قادر به نوشتن شکایت نیست، کارکنان OCR به وی کمک خواهند کرد. در صورت درخواست، OCR یک مترجم زبان یا مترجم زبان اشاره در اختیار شاکی قرار خواهد داد.
3. شاکی حق دارد مستقیماً به سازمان فدرال ذیربط شکایت کند. شکایت باید ظرف مدت صد و هشتاد (180) روز تقویمی از آخرین رخداد مورد ادعا تسلیم شوند.
4. OCR ظرف مدت پانزده (15) روز کاری بعد از دریافت شکایت، کار بررسی آنرا شروع خواهد کرد.
5. OCR در صورت نیاز به اطلاعات تکمیلی، حداکثر ظرف مدت سی (30) روز کاری بعد از دریافت شکایت بطور کتبی با شاکی تماس خواهد گرفت. اگر شاکی اطلاعات خواسته شده را به موقع ارائه نکند، OCR می تواند شکایت را خاتمه یافته تلقی کند.
6. OCR ظرف مدت نود (90) روز کاری بعد از دریافت شکایت، کار تحقیق در مورد آنرا به پایان خواهد رساند. اگر برای تحقیق و بررسی به زمان بیشتری نیاز باشد، با شاکی تماس گرفته خواهد شد. مسئول تحقیق و بررسی یک گزارش بررسی تهیه خواهد کرد. این گزارش شامل خلاصه ای از رخداد، یافته ها و اقدام اصلاحی توصیه شده می باشد.
7. یک نامه نهایی به شاکی و طرف یا سازمان مقابل داده می شود. طرفین برای دادن درخواست تجدیدنظر پنج (5) روز کاری بعد از دریافت نامه نهایی فرصت دارند. اگر هیچکدام از طرفین درخواست تجدیدنظر نکنند، شکایت خاتمه یافته تلقی می شود.
8. در صورت نیاز گزارش تحقیق و بررسی به سازمان فدرال ذیربط ارسال خواهد شد.

ماده VI قانون حقوق مدنی مصوب سال 1964 بیان می دارد که در ایالات متحده آمریکا هیچ کس نباید به دلیل نژاد، رنگ پوست یا اصلیت ملی از مزایا محروم شود، مزایای وی رد شود، یا در هر یک از برنامه ها یا اقدامات دریافت کمک هزینه فدرال مورد تبعیض واقع گردد.

هر شخصی که تصور می کند مورد تبعیض واقع شده است می تواند شکایت کتبی خود را به دفتر حقوق مدنی اداره حمل و نقل عمومی ناحیه خلیج سن فرانسیسکو (San Francisco Bay Area Rapid Transit District) بر اساس قوانین فدرال و ایالتی، شکایت ها باید حتماً ظرف مدت صد و هشتاد (180) روز از آخرین رخداد مورد ادعا تسلیم شوند.

شکایت ها را می توان به آدرس زیر پست، فکس یا ایمیل کرد:

تماس با ما:

SAN FRANCISCO BAY AREA RAPID TRANSIT DISTRICT
ATTN: Office of Civil Rights
2150 Webster Street, Suite #0414
Oakland, CA 94612
تلفن: 510-874-7333
فکس: 510-464-7587
www.bart.gov
officeofcivilrights@bart.gov

حقوق شما بر اساس

ماده VI

قانون حقوق مدنی

مصوب سال 1964

روش شکایت

و

فرم شکایت



ماده VI قانون است





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

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

نام		
ادرس 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