



## Pioneer Valley Metropolitan Planning Organization

60 Congress Street Floor 1

Springfield, MA 01104

### نموذج شكوى حول وقوع حالة تمييز

يُرجى توفير المعلومات التالية لكي نتعامل مع الشكوى التي تقدمتم بها. يتوفر هذا النموذج بأشكال بديلة وبلغات متعددة. إذا رغبتكم بهذه الخدمات أو أي مساعدة أخرى لتعبئة هذا النموذج، يُرجى إبلاغنا.

الاسم: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
أرقام الهواتف: (المنزل) \_\_\_\_\_ (العمل) \_\_\_\_\_ (الجوال) \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

يُرجى الإشارة إلى طبيعة التمييز الذي تدعونه:

الفئات التي يحميها القسم السادس من قانون حقوق الانسان لعام 1964:

العرق  اللون  الأصل الوطني أو القومي (بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الانجليزية)

الفئات الاضافية التي تحميها القوانين/ الاوامر الفيدرالية و/ أو الخاصة بالولاية ذات الصلة:

الإعاقات  العمر  الجنس  التوجه الجنسي  الدين  سلالة المرء

النوع  الاثنية  هوية النوع  التعبير عن النوع

العقيدة  الوضع كمحارب قديم  الخلفية

من هو الشخص الذي تدعون بأنه ضحية عمل تمييزي؟

أنت  فرد آخر أو طرف ثالث  مجموعة أفراد

اسم الفرد و/ أو المنظمة التي تدعون بأنها تمارس التمييز؟

هل توافقون على أن يقوم المحقق بمشاركة اسمكم ومعلوماتكم الشخصية الأخرى مع أطراف أخرى متعلقة بهذا الموضوع إذا كانت هذه المشاركة ستساعد في عملية التحقيق وإيجاد حل لشكاكم؟

نعم  لا

