



نموذج تقديم الشكاوى المتعلقة بحوادث التعرض للتمييز

تعليمات: إذا كنت تعتقد أن "رابطة حكومات سان دييغو" قد تورطت في حوادث تمييز ضد شخص أو أكثر، فيرجى ملء هذا النموذج بالكامل، بالحرر الأسود أو بتنسيق مطبوع. التوقيع على النموذج وإعادة إرساله إلى العنوان الوارد في الصفحة 2.

وهناك وسائل بديلة لتقديم الشكاوى، مثل إجراء المقابلات الشخصية أو تسجيل الشكاوى على شريط، والتي سيتم توفيرها للأشخاص ذوي الإعاقة حسب الطلب. اتصل على الرقم 619 699-1900 للحصول على المساعدة أو عبر الهاتف النصي على الرقم 711.

اسم مقدم الشكاوى:	
العنوان:	
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	
هاتف المنزل:	هاتف العمل:
اسم الشخص الذي تعرض لحادث التمييز: (إذا كان غير الشخص صاحب الشكاوى)	
العنوان:	
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	
هاتف المنزل:	هاتف العمل:
متى وقع حادث التمييز؟	
يرجى وصف ممارسات التمييز المزعومة التي تعرضت لها مع تقديم اسم (أسماء) الأفراد المسؤولين قدر الإمكان (استخدم المساحة الفارغة الموجودة في الصفحة 2 إذا لزم الأمر). يرجى ذكر الفئة التي تعتقد أن حادث التمييز ينتمي إليها (الأصل العرقي، اللون، الإعاقة، الحالة الصحية، وما إلى ذلك):	

هل تم تقديم شكوى إلى وزارة العدل أو أي محكمة أو وكالة حقوق مدنية فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر اسم الوكالة أو المحكمة:

جهة الاتصال:

العنوان:

الولاية:

الرمز البريدي:

المدينة:

رقم الهاتف:

تاريخ تقديم الشكوى:

مساحة إضافية للإجابات:

التوقيع:

التاريخ:

يُرجى تسليم هذا النموذج إلى:

**Compliance Officer – Office of Diversity and Equity
SANDAG
1011 Union Street
Suite 400
San Diego, CA 92101**

أو عبر البريد الإلكتروني على officeofdiversityandequity@sandag.org

رقم الهاتف 619.699.1900

رقم الفاكس: 619.699.1995

الهاتف النصي 711