



Operations Planning & Analysis  
547 W. Jackson Blvd.  
Chicago, IL 60661

Telefon: (312) 322-4227  
E-mail: TitleVI@metrarr.com

### Tytuł VI Formularz skargi

Firma Metra zobowiązuje się do zapewnienia, że żadna osoba nie zostanie wykluczona z udziału oraz że świadczenia nie zostaną nikomu odmówione ze względu na rasę, kolor skóry bądź pochodzenie narodowe, zgodnie z Tytułem VI Civil Rights Act (Ustawy o prawach obywatelskich) z 1964 roku.

Skargi dotyczące Tytułu VI należy składać w ciągu 180 dni od daty domniemanej dyskryminacji. Poniższe informacje są niezbędne, aby możliwe było rozpatrzenie Państwa skargi.

Jeśli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu niniejszego formularza, prosimy o kontakt z Metra Operations Planning & Performance (Dział Planowania i Analiz Operacyjnych Metra) pod numerem (312) 322-4227.

Wypełniony formularz należy odesłać do Metra Operations Planning & Analysis, na adres 547 W. Jackson Blvd., Chicago, IL 60661.

#### Część I — Informacje o składającym skargę (proszę wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo)

Nazwisko:	Imię:	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	
Adres korespondencyjny:			
Miasto:	Województwo:	Kod pocztowy:	
Telefon:	Adres e-mail:		
Data domniemanego incydentu dyskryminacji:	Miejsce domniemanego incydentu dyskryminacji:		

#### Osoba/y dyskryminowana/e, jeśli nie jest to składający skargę

Nazwisko:	Imię:	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	
Adres korespondencyjny:			
Miasto:	Województwo:	Kod pocztowy:	
Telefon:	Adres e-mail:		
Proszę podać powód wypełnienia tego formularza w imieniu strony trzeciej (w razie potrzeby użyć dodatkowego arkusza):			
<input type="checkbox"/> Potwierdzam, że mam zgodę pokrzywdzonego na złożenie tej skargi.			

#### Część II — Przyczyna dyskryminacji

Która z poniższych kategorii najlepiej opisuje przyczynę domniemanej dyskryminacji? (Należy zaznaczyć wyłącznie te kategorie, które odnoszą się do zgłaszanej dyskryminacji.)

- Rasa                       Kolor skóry                       Pochodzenie (ograniczona znajomość języka angielskiego)

## Tytuł VI Formularz skargi

### Część III

Proszę opisać domniemany przypadek dyskryminacji (podać jak najwięcej szczegółowych informacji, takich jak nazwiska, tytuły, czas i wszelkie inne informacje, które uznają Państwo za pomocne. W razie potrzeby użyć dodatkowych arkuszy):

### Część IV

Czy złożyli Państwo skargę w innej federalnej, stanowej lub lokalnej agencji? (Zaznaczyć jedną opcję.)

Tak  Nie

Jeśli tak, proszę podać poniżej dane agencji i dane kontaktowe.

Agencja:	Imię i nazwisko osoby kontaktowej:	Telefon:	
Adres korespondencyjny:	Miasto:	Województwo:	Kod pocztowy:

### Część V

Weryfikacja

Potwierdzam przeczytanie powyższych zarzutów i oświadczam, że są one zgodne z moją najlepszą

\_\_\_\_\_ wiedzą. (podpis składającego skargę)

\_\_\_\_\_ (data)

### Wyłącznie do oficjalnych celów

Data otrzymania skargi: \_\_\_\_\_

Otrzymana przez: \_\_\_\_\_