

DEPARTMENT OF
INTELLECTUAL AND
DEVELOPMENTAL DISABILITIES



مكتب الحقوق المدنية: الباب السادس - إجراءات الشكوى

من الذي يمكنه تقديم شكوى بموجب الباب السادس؟

يجوز لأي فرد من أفراد العائلة أو شخص (أشخاص) سواء كان مدعوم أو ممثل مفوض قانونيًا نيابة عن هذا الشخص (الأشخاص) -المتلقي للدعم أو المتلقي لأي ميزة أو المتقدم بطلب لتلقي أي ميزة أو خدمة مقدمة من قبل قسم الإعاقات الذهنية والتنمية (DIDD) - تقديم شكوى بشأن التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي. ومن غير الضروري أن يكون الفرد أو المنظمة التي تتقدم بالشكوى واقعه كضحية للتمييز المزعوم، ولكن يمكنها تقديم شكوى نيابة عن شخص آخر أو مجموعة أخرى.

التقدم بشكوى:

يمكن تقديم شكوى بداعي التمييز ضد مقدم خدمة أو أي كيان تابع لإدارة الشؤون المالية والإدارية أو قسم خدمات الإعاقات الذهنية إلى منسق الامتثال للوكالة للباب السادس أو منسق الامتثال الإقليمي للباب السادس أو مع منسق الامتثال للباب السادس في DIDD على العنوان التالي:

Seth Wilson
DIDD Title VI Compliance Director
UBS Tower, 8th Floor
315 Deaderick Street
Nashville, TN 37243
didd.ocr@tn.gov

يمكن تقديم شكوى بموجب الباب السادس أيضًا بشكل خارجي مع الوكالات التالية:

Regional Manager, Office for Civil Rights - Region IV
U.S. Department of Health and Human Services Atlanta
Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-
8909
(404) 562-7886

يحق لأي شخص متقدم بشكوى بموجب الباب السادس تقديم الشكوى إلى federal Office for Civil Rights في أي مرحلة من مراحل عملية الشكوى. يتعين تقديم جميع شكاوى الباب السادس المرفوعة إلى U.S. Department of Health and Human Services في موعد لا يتجاوز 180 يومًا تقويميًا بعد التعرض للتمييز المزعوم.

DEPARTMENT OF
INTELLECTUAL AND
DEVELOPMENTAL DISABILITIES



مكتب الحقوق المدنية - الباب السادس - توثيق الشكوى

بموجب الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972، والباب الثاني من قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والقسم 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975.

الاسم (الشخص مقدم الشكوى)	
العنوان	
الهاتف (العمل)	
الهاتف (المنزل)	
تفاصيل الشكوى: (صف ما حدث ومن تعتقد أنه المسؤول)	
الأساس الظاهري للحالة الموصوفة: (حدد كل ما يتطابق مع الحالة وشرحه)	
السن	اللون
الإعاقة	أصل قومي
العرق	الجنس
التاريخ حدوث الحالة الموصوفة:	
المنظمة ذات الصلة بالشكوى:	
العنوان	
الهاتف (العمل)	
الشخص المعني (إذا كان شخص آخر غير مقدم الشكوى)	
العنوان	
الهاتف (العمل)	
الهاتف (المنزل)	
هل قُدمت الشكوى عن طريق عملية تظلم أخرى أو عملية شكوى أخرى؟ إذا كان الأمر كذلك، فقم بشرح وإيضاح الوضع الحالي لهذا الأمر	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
التوقيع:	التاريخ

* يرجى إرفاق أي مواد مكتوبة أو غيرها من المعلومات ذات صلة بالشكوى