

タイトル VI 苦情処理書式

あなたが人種、肌の色、出身国(英語力の限界を含む)の理由で機 関制度または活動によって差別を受けたと思われる場合、公式の苦情を申し立てることができます。discrimination@auburnwa.gov

手続き:以下の用紙にご記入いただき、次まで送ってください。 Att: Complaints, Office of Equity and Civil Rights, Washington State Department of Transportation, Box 4734, Olympia WA 98504-7314 まで郵送するか、またはメールでoeoecrbcomplaints@wsdot.wa.gov まで送信してください。

政府機関記入欄						
Received						
Response						
Report						
Briefing						
		•				

届出人の氏名:			電話番号:	
本件届出について連絡する最適な時間:	ス:			
□ 午前 7 時~10 時 □ 午前 10 時	~午後 1 時			
│	7 時			
郵送先: (番地・ストリート/私書箱、市・)				
差別を受けた理由:				差別を受けた日:
│ │ □ 人種 □ Ⅲの色 □ □ 出』	身国(英語力の限界を含む)			
届出人に対して差別をしたとされる。	人の氏名、住所、電話	話番号(苦情の	相手)。	
名前	市	州	郵便番号	電話番号
	·			



タイトル VI 苦情処理書式

受けた差別について説明してください。なぜそのような状況が起きたのか、どのように差別されたの か、誰が関与したのかを具体的に報告してください。あなたが他の人とは異なる扱いを受けたと感じる 理由も報告してください。その状況について他
の情報があれば、その用紙に証拠書類として添付してく ださい。
本書式の 3 ページめも記入してください。

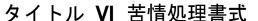
Japanese

タイトル VI 苦情処理書式



追加情報

苦情の裏付けとして当局が連絡すべき人を挙げてください。その際、各自の電話番号、住所、メールアドレ スなども合めてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州	受けた差別に対してどのような救済を求めますので、ご了承ください。	すか。本手続きによ	って懲罰的賠値	賞の支払いまたは金銭	的な補 償はありません
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
あてください。 名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州					
名前 市 州 郵便番号 電子メールアドレス 電話番号 本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州		げてください。その	際、各自の電詞	話番号、住所、メール	アドレ スなども含
本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください: 名前 州	めてください。				
名前州	名前市	州	郵便番号	電子メールアドレス	電話番号
名前州					
名前州	*サー朗ナス英博力担山したるの地域明な光	ボ アノださい・			
	本件に関する古順を提出したての他機関を宇	1) (\ /: & \ /:			
	夕前	иИ			
署名:(必須): 日付:	יום בו	711			
署名:(必須): 日付:					
署名:(必須): 日付:					
署名:(必須): 日付:					
署名: (必須): 日付:					
署名: (必須): 日付:					
署名: (必須): 日付:					
署名: (必須): 日付:					
	署名:(必須):				日付:





Washington State Department of Transportation

タイトル VI 苦情処理手続き

あなたが人種、肌の色、出身国などの理由で差別を受けたと思われる場合、疑惑の事件が あった日から 180 日以内に WSDOT に公式の苦情を申し立てる権利があります。

苦情の申し立て方

- 1. タイトル VI 苦情申請書の全ての質問に答えてください。
- 2. 申請書に署名してから提出してください。次まで送ってください:
 - Washington State Department of Transportation Office of Equity Civil Rights, Att: Complaints Box 4734, Olympia WA 98504-7314
 - まで郵送するか、またはメールで: oeoecrbcomplaints@wsdot.wa.gov まで送信してください。

苦情申請書が受理された際、必要事項が記入されているか確認されます。受領確認の通知は、10 営業日以内に送られます。その後、苦情はワシントン州運輸局公平・公民権室を通じて、連邦資金提供機関に転送されます。

連邦資金提供 機関は苦情を受理(その後調査)するかあるいは棄却するか、もしくは他の機関に付託 するかを決定する責任を負います。連邦資金提供機関が苦情の受理、棄却、あるいは付託を決定すると、苦情の状況につい て苦情届を出した人と(必要に応じて)その他機関に通知されます。

これら手続きはあなたが連邦資金提供機関に直接公式の苦情を申し立てる権利、または受 けた差別の苦情に対して 付添人弁護団を求める権利を否定するものではありません。連邦 法ではあなたに対していかなる性質の脅迫、報復 を禁止しています。

これら手続きは、WSDOT または Washington State Department of Transportation が管理する全ての制度、サービス、活動のほか、その二次受領者、コンサルタント、および請負業 者に関して、1964 年制定の公民権第六編(タイトル VI)改正および 1987 年公民権回復法 に基づいて申し立てが行われた全ての苦情を対象としています。