



Central Oklahoma Transportation & Parking Authority

## Biểu Mẫu Khiếu Nại ADA / Tiêu Đề VI

Tiêu đề VI của Đạo luật Dân quyền năm 1964 yêu cầu rằng “Không một cá nhân nào ở Hoa Kỳ, vì lý do chủng tộc, màu da hoặc quốc tịch, bị loại khỏi quy trình tham gia, bị từ chối các quyền lợi hoặc bị phân biệt đối xử trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào nhận được hỗ trợ tài chính của liên bang”.

EMBARC vận hành các chương trình và dịch vụ của mình theo đúng Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ và hướng dẫn của Cục Quản lý Giao thông Liên bang về việc cung cấp dịch vụ cho người khuyết tật.

Mọi khiếu nại phải được lập thành văn bản và có chữ ký của người khiếu nại hoặc người đại diện của người khiếu nại trước khi có thể thực hiện hành động. Khiếu nại phải nêu đầy đủ nhất có thể các sự kiện và hoàn cảnh liên quan đến hành vi phân biệt đối xử bị cáo buộc. Central Oklahoma Transportation & Parking Authority (COTPA) sẽ cung cấp văn bản xác nhận khiếu nại trong vòng mười (10) ngày làm việc.

Mẫu đơn đã hoàn thành phải được gửi tới: COTPA: ADA / Title VI 2000 S. May Ave. Oklahoma City, OK 73108

### Thông tin liên lạc của người khiếu nại (Người bị phân biệt đối xử)

Tên	Điện thoại sáng	Điện thoại chiều	
Địa chỉ gửi thư			
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	E-mail

### Người bị phân biệt đối xử (Nếu không phải là người khiếu nại)

Tên	Điện thoại sáng	Điện thoại chiều	
Địa chỉ gửi thư			
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	E-mail

## Chi tiết sự việc

**Sự phân biệt đối xử này là do yếu tố nào?** (Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

- Chủng tộc       Màu da       Thu nhập thấp       Khuyết tật
- Nguồn gốc quốc gia       Giới tính       Trình độ tiếng Anh hạn chế

Ngày xảy ra sự việc dẫn đến phân biệt đối xử \_\_\_\_\_ Thời gian xảy ra sự việc \_\_\_\_\_

**Sự việc xảy ra ở đâu?** Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết cụ thể (ví dụ: địa điểm, số xe buýt, tên tài xế, v.v.)

---

**Người bị cáo buộc có liên quan là đại diện nào của COTPA?**

---

**Hãy mô tả cách quý vị bị phân biệt đối xử. Ai chịu trách nhiệm và chuyện gì đã xảy ra?**

---

**Nhân chứng 1** Vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của họ.

Tên	Điện thoại sáng	Điện thoại chiều	
Địa chỉ gửi thư			
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	E-mail

**Nhân chứng 2** Vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của họ.

Tên	Điện thoại sáng	Điện thoại chiều	
Địa chỉ gửi thư			
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	E-mail

**Quý vị có nộp đơn khiếu nại này tới cơ quan liên bang, tiểu bang hoặc địa phương hoặc tòa án nào khác không?**

Có  Không

**Nếu có, hãy chọn cơ quan mà khiếu nại đã được nộp và cung cấp thông tin liên hệ của cơ quan đó:**

Cơ quan liên bang  Tòa án liên bang  Cơ quan tiểu bang  Tòa án tiểu bang

Khác \_\_\_\_\_ Ngày nộp: \_\_\_\_\_

### Thông tin liên hệ của Cơ quan

Tên cơ quan	Người liên hệ	Điện thoại	
Địa chỉ gửi thư			
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	E-mail

Ký đơn khiếu nại vào chỗ trống dưới đây. Đính kèm bất kỳ tài liệu nào mà quý vị cho là có thể hỗ trợ cho khiếu nại của mình.

Chữ ký của người khiếu nại: \_\_\_\_\_ Ngày ký: \_\_\_\_\_