



يحظر البند 6 من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 التمييز ضد الفرد أو

المجموعات، سواء بشكل متعمد أو غير متعمد، على أساس العرق واللون والأصل القومي في أي برنامج أو نشاط يتلقى مساعدة فيدرالية، بما في ذلك خدمة الحافلات العامة في فيرفاكس وعمليات وأنشطة النقل في إدارة النقل في مقاطعة فيرفاكس.

أي شخص يرى أنه تعرض للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي من خلال خدمة الحافلات العامة في فيرفاكس وإدارة النقل في مقاطعة فيرفاكس يمكنه أن يقدم شكوى بموجب البند 6 من خلال إكمال وتقديم شكوى "خدمة الحافلات العامة" المتاحة عبر موقع ويب مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة (OHREP) في مقاطعة فيرفاكس عبر عنوان URL التالي:

<http://www.fairfaxcounty.gov/ohrep/epd/>

كما يمكن كذلك الحصول على نموذج الشكوى من خلال مراسلة مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة على العنوان: **Office of Human Rights and Equity Programs, Equity Programs Division, 12000 Government Center Parkway, Fairfax, Virginia 22035** أو من خلال الاتصال على الرقم **703-324-2953**، لمستخدمي الهواتف النسيية، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**، فاكس: **703-324-3570**.

وتقوم مقاطعة فيرفاكس بالتحقيق في الشكاوى التي يتم تلقيها خلال **180** يوماً من وقوع الحادث المزعوم. ولا يمكن أن تقوم مقاطعة فيرفاكس إلا بالتعامل مع الشكاوى التي توفر المعلومات الكافية من أجل بدء التحقيق.

وخلال **48** ساعة من تلقي الشكوى، يتصل فريق العمل في مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة في مقاطعة فيرفاكس بمقدم الشكوى للحصول على كل المعلومات ذات الصلة بالإجراء (الإجراءات) التمييزي من الشخص عبر نموذج للحصول على البيانات. ويجب أن يقوم مقدم الشكوى بتقديم يد العون في عملية الحصول على البيانات. وخلال **48** ساعة من إكمال نموذج الحصول على البيانات، يستخدم فريق العمل في مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة المعلومات الموجودة في النموذج لتحديد ما إذا كان بإمكان مقدم الشكوى قضية مقبولة أو واضحة بوقوع التمييز المحتمل.

وإذا قرر مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة وجود قضية تمييز مقبولة، يتم بدء تحقيق في تلك القضية. ويمكن أن تشمل التحقيقات، على سبيل المثال دون الحصر، على الزيارات إلى المواقع، وإجراء مقابلات شخصية مع الشهود وتجميع الوثائق. ويتم إجراء مقابلات شخصية مع الطرف (الأطراف) المتهم في ذلك الادعاء (تلك الادعاءات)، وتتاح له الفرصة لدحض الادعاءات وتوفير المعلومات ذات الصلة للتحقيقات. وبالإضافة إلى ذلك، يتم إجراء المقابلات مع الشهود إذا تم اعتبار أن ذلك ضرورياً. وبعد بدء التحقيق، تكون كل المعلومات التي يتم الحصول عليها سرية. وخلال سبعة أيام عمل من بدء التحقيق، يجب أن يتم إكمال كل وثائق التحقيقات المتعلقة بالقضية. وإذا كان يلزم الحصول على المزيد من الوقت من أجل تجهيز الوثائق المطلوبة، فسوف يطلب فريق العمل المسؤول عن التحقيقات تمديدًا للوقت من قيادة مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة.

وبعد إكمال التحقيق، يتم عمل تقرير بنتائج التحقيق، ويقوم فريق عمل مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة بتقديم توصيات نهائية إلى المدير التنفيذي لمكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة. ويقوم المدير التنفيذي لمكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة بمراجعة ملف التحقيقات وإصدار القرار النهائي. وسوف يبلغ مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة مقدم الشكوى بما إذا تم قبول ادعاءات التمييز أم لا. وبعد إكمال التحقيقات وإبلاغ أطراف الشكوى، يتم إغلاق الملف. ويتم الاحتفاظ بكل الوثائق، بما في ذلك الأشرطة الصوتية (إن وجدت)، في ملف الشكوى.

وإذا قرر مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة عدم وقوع تمييز، فلن يتم بدء تحقيق في تلك القضية. ومع ذلك، يتم توثيق النتائج التي يتوصل إليها مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة في تقرير. وتقع نتائج مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة تحت نطاق اختصاص قسم برامج المساواة، ولا يتاح حق الاستئناف ضدها.

وإذا تم تقرير وجود قضية محتملة أو وجود سوء سلوك من أحد الموظفين، يقوم مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة بإبلاغ إدارة النقل في مقاطعة فيرفاكس باستشارة مكتب الموارد البشرية في مقاطعة فيرفاكس فيما يتعلق بالإجراء التأديبي المتخذ. وأثناء سير التحقيقات، إذا كان لدى المحقق سبب يدعو إلى الاعتقاد باحتمالية وقوع حادث جنائي أو انتهاك للقانون، يتصل مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة بإدارة الشرطة في مقاطعة فيرفاكس لاتخاذ الإجراء المناسب.

يمكن أن يقوم مقدم الشكوى بتقديم شكوته مباشرة إلى إدارة النقل العابر الفيدرالية من خلال تقديم شكوى في مكتب الحقوق المدنية، عناية: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590.



مقاطعة فيرفاكس، فيرجينيا

نموذج الشكاوى لادعاءات التمييز

وتوفر مقاطعة فيرفاكس إجراءات للشكاوى تساعد على الوصول إلى الحل السريع للشكاوى من خلال الأفراد الذين يزعمون وقوع التمييز المحظور من خلال القانون أو السياسات الفيدرالية أو المحلية أو الخاصة بالولاية أثناء توفير الخدمات أو الأنشطة أو البرامج أو الامتيازات. ويجب استخدام نموذج الشكاوى من أجل تعبئة شكاوى التمييز على أساس العمر أو الجنس أو التحرش الجنسي أو العرق أو الدين أو العقيدة أو الأصل القومي أو الحالة الاجتماعية أو اللون أو الانتماء السياسي أو حالة المحاربين القدامى.

ويجب أن يستخدم الفرد الذي يرغب أن يقدم شكوى اعتمادًا على الإعاقة نموذج الشكاوى المحدد من خلال إجراء الشكاوى الحكومية في مقاطعة فيرفاكس بموجب قانون الأمريكيين المعاقون. ويمكنك الحصول على نسخة من نموذج الشكاوى من خلال الاتصال بفريق العمل في مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة.

للاتصال بمكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة في مقاطعة فيرفاكس، يمكنك الاتصال على الرقم 703-324-2953، لمستخدمي الهواتف النسيية، يمكنهم استخدام الرقم 711، في أيام العمل في مقاطعة فيرفاكس بين الساعة الثامنة صباحًا والساعة الرابعة والنصف بعد الظهر، أو يمكن إرسال رسالة بريد إلكتروني على العنوان التالي:
[.EPDEmailComplaints@FairfaxCounty.gov](mailto:EPDEmailComplaints@FairfaxCounty.gov)

التعليمات: يجب أن يتم تقديم الشكاوى المكتوبة خلال 60 يوم عمل (180 يوم تقويم للشكاوى المتعلقة بالنقل) من تاريخ وقوع الإجراء التمييزي المزعوم. ويعني مصطلح "أيام العمل" أي يوم من الاثنين إلى الجمعة شريطة ألا يكون يوم عطلة في المقاطعة. وبعد تقديم الشكاوى، يتم إجراء تحقيق.

يجب أن يتم استخدام هذا النموذج بالإضافة إلى سياسة وإجراء مقاطعة فيرفاكس للأفراد الذين يدعون تعرضهم للتمييز في برامج وخدمات المقاطعة.

الشخص مقدم الشكاوى

رقم الهاتف:

الاسم:

--

المنزل:
العمل:
الهاتف المحمول:
البريد الإلكتروني:
أفضل وقت للاتصال:

الشارع:
العنوان:
المدينة:
الولاية:
الرمز البريدي:

الشخص أو الإدارة المزعوم ارتكابها التمييز:

الاسم :	الإدارة :
الشارع :	
المدينة :	الولاية :
البريدي :	الرمز :
الهاتف :	

أساس (أسس) التمييز (قم بتحديد كل ما ينطبق):

- العرق _____ حالة المحاربين القدماء _____ الانتماء السياسي _____
 اللون _____ الانتقام _____ العمر - تاريخ الميلاد: _____
 الأصل القومي _____ الجنس أو النوع _____ غير ذلك: _____
 الدين _____ التحرش الجنسي _____ غير ذلك: _____
 العقيدة _____ الحالة الاجتماعية _____ غير ذلك: _____

تاريخ (تواريخ) وقوع التمييز: _____

ملخص الشكوى: (قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر)

الإجراء المطلوب:

أؤكد أنني قد قرأت الشكوى الواردة أعلاه وأنها صحيحة على حد علمي أو معلوماتي أو اعتقادي.

_____/_____/_____
التاريخ

توقيع مقدم الشكوى



يتاح هذا النموذج بتنسيق بديل عند الطلب. ويمكنك تقديم طلبك إلى قسم برامج المساواة في مكتب برامج حقوق الإنسان والمساواة على العنوان التالي: Government Center Parkway, Suite 318, Fairfax, 12000 VA 22035، رقم الهاتف: 2953-324-703، لمستخدمي الهواتف النصية، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 أو الرقم 3305-324-703 (الفاكس).