



Le Formulaire de plainte de Titre VI

Champaign-Urbana Mass Transit District (MTD)
Le Bureau de droits civils

Si vous avez besoin d'assistance remplir ce formulaire, contactez le Responsable de la conformité avec le Titre VI chez 217.384.8188.

MTD s'engage à garantir que personne n'est exclu de la participation ni refusé les avantages de ses services à cause de la race, le couleur de peau, ni l'origine, selon le Titre VI de la loi de droits civils de 1964, comme amendée. Toutes les plaintes doivent être déposées au plus tard 180 jours à compter de la date de la discrimination alléguée.

Il faut fournir l'information ce qui suit pour nous permettre traiter votre plainte. Si vous avez besoin d'assistance remplir ce formulaire, contactez le Responsable de la conformité avec le Titre VI chez 217.384.8188. Il faut retourner par la poste le formulaire complet à : Title VI Compliance Officer, MTD, 1101 East University Avenue, Urbana, IL 61802.

Votre nom :	Le numéro de téléphone de jour :
L'Adresse postale :	Le numéro de téléphone alternative :
	La ville, état, et code postal :
La Personne (ou personnes) qui a souffrit de discrimination (si quelqu'un d'autre que plaignant(e)) :	
L'Adresse postale, ville, état, et code postal :	

Laquelle de ces options en dessous décrit la raison du cas de discrimination supposé ? (Choisissez-un)

La date du cas : _____

- Origine
- Race prétendue, ethnie, nationalité : appartenance ou non-appartenance
- Langue parlée (capacité à s'exprimer dans une langue autre que l'anglais)

Veillez décrire le cas de discrimination supposé. Fournissez les noms et intitulés du poste de tous les employés de MTD qui sont impliqués, si disponible. Expliquez ce que s'est passé et qui vous croyez est responsable. Utilisez le dos du document si vous avez besoin de plus d'espace.

Veillez décrire le cas de discrimination supposé (à suivre) :

Est-ce que vous avez porté plainte par d'autres agences fédérales, d'état, ou municipales ?
(Choisissez-un) Oui / Non

Si oui, veuillez énumérer les coordonnées des agences en dessous :

L'Agence : _____
Le Nom du contact : _____
L'Adresse postale, ville, état, et code postal : _____
Le numéro de téléphone de jour : _____

L'Agence : _____
Le Nom du contact : _____
L'Adresse postale, ville, état, et code postal : _____
Le numéro de téléphone de jour : _____

J'atteste que j'ai lu la plainte au-dessus et qu'elle est vrai pour autant que je sache et crois.

Veillez imprimer votre nom :
