



نموذج تقديم شكوى/ طعن ضد التمييز

إن سياسة إدارة الأسماك والحياة البرية بولاية Washington (Washington Department of Fish and Wildlife, WDFW) هي الامتثال لجميع القوانين واللوائح والأوامر التنفيذية الفيدرالية وعلى مستوى الولاية المعمول بها المتعلقة بالحقوق المدنية في تقديم الخدمات والوصول إلى المرافق للجمهور. إذا كنت تعتقد أن WDFW قد مارست التمييز ضدك في منحك حق الوصول إلى المرافق العامة أو البرامج أو الأنشطة أو الخدمات التابعة إليها، فإن WDFW تريد معرفة ما حدث منك. أكمل هذا النموذج وأرسله عبر البريد إلى:

Title VI Compliance Coordinator
Washington Department of Fish and Wildlife
PO Box 43139
Olympia, WA 98504

رقم الهاتف: 833-885-1012

البريد الإلكتروني: Title6@dfw.wa.gov

رقم التتبع (مخصص لاستخدام WDFW فقط)		
اسمك	معلومات الاتصال - للتواصل معك	
البريد الإلكتروني	(رمز منطقتك) رقم هاتف متاح الاتصال به نهائيًا	
عنوان المنزل (العنوان، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي)		

معلومات عن الحادث

تاريخ الحادث (شهر/يوم/عام)	الوقت التقريبي للحادث صباحًا <input type="checkbox"/> مساءً <input type="checkbox"/>	موقع الحادث
أساس/نوع الشكوى (اختر كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> العرق/اللون <input type="checkbox"/> النوع <input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> الدخل المنخفض <input type="checkbox"/> الأصل الوطني/الإجادة المحدودة للغة الإنجليزية <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد)	هل قَدِّمت شكوى إلى وكالة أخرى بخصوص هذا الحادث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هذه الوكالة؟	
وصف الحادث (رُفِّح ما حدث)		
قَدِّم أي مستندات إثبات تتعلق بالحادث وصفها وأرفقها بهذا النموذج		

الأشخاص المتورطون إن أمكن - أدخل الاسم أو العنوان أو رقم الهاتف في حالة معرفته

اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المنصب	(رمز المنطقة) رقم الهاتف
اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المنصب	(رمز المنطقة) رقم الهاتف
اسم الشخص الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك	المنصب	(رمز المنطقة) رقم الهاتف
اسم الشاهد على الحادث		(رمز المنطقة) رقم الهاتف
اسم الشاهد على الحادث		(رمز المنطقة) رقم الهاتف
اسم الشاهد على الحادث		(رمز المنطقة) رقم الهاتف

X

التاريخ

التوقيع