

# Obrazac za podnošenje žalbe u skladu sa Poglavljem VI Regionalna tranzitna uprava područja De Mojna (DART)

DART je posvećen obezbeđivanju da nijedna osoba ne bude isključena iz učešća ili uskraćena za koristi njenih usluga na osnovu rase, boje kože ili nacionalnog porekla, u skladu sa Poglavljem VI Zakona o građanskim pravima iz 1964. godine, sa izmenama i dopunama. Žalbe u skladu sa Poglavljem VI moraju se podneti u roku od 300 dana od datuma navodne diskriminacije.

Sledeće informacije su nam neophodne kako bismo mogli da obradimo Vašu žalbu. Ako Vam je potrebna pomoć pri popunjavanju ovog obrasca, kontaktirajte menadžera korisničke službe DART-a pozivom na broj (515) 283-8131. Popunjen obrazac mora biti vraćen Menadžeru korisničke službe DART, 620 Cherry Street, Des Moines, Iowa 50309.

IME:	TELEFON PREKO DANA:
ULICA:	GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ:

## LICE KOJE JE DISKRIMINISANO (AKO JE NEKO DRUGI PODNOSILAC ŽALBE):

IME:	TELEFON PREKO DANA:
ULICA:	GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ:

## ŠTA OD NAVEDENOG NAJBOLJE OPISUJE RAZLOG ZA NAVODNU DISKRIMINACIJU? (OZNAČITE SVE ŠTO JE PRIMENLJIVO)

- RASA                                       BOJA KOŽE                                       NACIONALNO POREKLO  
 OGRANIČENO POZNAVANJE ENGLESKOG JEZIKA                                        
OSTALO: \_\_\_\_\_

DATUM INCIDENTA: \_\_\_\_\_

VREME INCIDENTA: \_\_\_\_\_



---

**DA LI STE PODNELI ŽALBU NEKOJ DRUGOJ SAVEZNOJ, DRŽAVNOJ ILI LOKALNOJ AGENCIJI? (OZNAČITE JEDNU OPCIJU)**

DA

NE

**AKO JE TAKO, NAVEDITE AGENCIJU/AGENCIJE I KONTAKT PODATKE:**

AGENCIJA:	IME KONTAKTA:
ADRESA:	BROJ TELEFONA:

AGENCIJA:	IME KONTAKTA:
ADRESA:	BROJ TELEFONA:

**POTVRĐUJEM DA SAM PROČITAO/LA GORE NAVEDENU OPTUŽBU I DA JE TAČNA PO MOM NAJBOLJEM SAZNANJU.**

---

**POTPIS PODNOSIOCA ŽALBE**

---

**DATUM**

---

**ŠTAMPANO ILI OTKUCANO IME PODNOSIOCA ŽALBE**

<b>DATUM PRIJEMA:</b>
-----------------------

<b>PRIMIO/LA:</b>
-------------------