

Washington State Department of Transportation

ワシントン州

政府機関記入欄

Received	____/____/____
Response	____/____/____
Report	____/____/____
Briefing	____/____/____

## タイトル VI 苦情処理書式

あなたが人種、肌の色、出身国（英語力の限界を含む）の理由で機関制度または活動によって差別を受けたと思われる場合、公式の苦情を申し立てることができます。

手続き：以下の用紙にご記入いただき、次まで送ってください。 **Att: Complaints**, Office of Equal Opportunity, Washington State Department of Transportation, Box 4734, Olympia WA 98504-7314 まで郵送するか、またはメールで [oeoecrbcomplaints@wsdot.wa.gov](mailto:oeoecrbcomplaints@wsdot.wa.gov) まで送信してください。

届出人の氏名：	電話番号：  本件届出について連絡する最適な時間： 午前 7 時～10 時    午前 10 時～午後 1 時    午後 1 時～4 時    午後 4 時～7 時
メールアドレス：	
郵送先： （番地・ストリート/私書箱、市・州、郵便番号）	
届出人に対して差別をしたとされる人の氏名、住所、電話番号（苦情の相手）。	
差別を受けた日：	差別を受けた理由： <input type="checkbox"/> 人種 <input type="checkbox"/> 肌の色 <input type="checkbox"/> 出身国（英語力の限界を含む）
受けた差別について説明してください。なぜそのような状況が起きたのか、どのように差別されたのか、誰が関与したのかを具体的に報告してください。あなたが他の人とは異なる扱いを受けたと感じる理由も報告してください。その状況について他の情報があれば、その用紙に証拠書類として添付してください。	

本書式の 2 ページめも記入してください。

追加情報

受けた差別に対してどのような救済を求めますか。本手続きによって懲罰的賠償の支払いまたは金銭的な補償はありませんので、ご了承ください。

苦情の裏付けとして当局が連絡すべき人を挙げてください。その際、各自の電話番号、住所、メールアドレスなども含めてください。

本件に関する苦情を提出したその他機関を挙げてください：

署名：（必須）

日付：

## Washington State Department of Transportation

### タイトル VI 苦情処理手続き

あなたが人種、肌の色、出身国などの理由で差別を受けたと思われる場合、疑惑の事件があった日から **180 日以内**に WSDOT に公式の苦情を申し立てる権利があります。

#### 苦情の申し立て方

1. タイトル VI 苦情申請書の全ての質問に答えてください。
2. 申請書の指示通り、申請書に署名してから提出してください。署名がない場合は受理できません。
3. 苦情申請書が受理された際、必要事項が記入されているか確認されます。受領の確認書が業務日 **10 日以内**に送付されます。苦情申請書はワシントン州交通局 **Office of Equal Opportunity**（機会均等課）を通して連邦資金提供機関に転送されます。連邦資金提供機関は苦情を受理（その後調査）するかあるいは棄却するか、もしくは他の機関に付託するかを決定する責任を負います。
4. 連邦資金提供機関が苦情の受理、棄却、あるいは付託を決定すると、苦情の状況について苦情届を出した人と（必要に応じて）その他機関に通知されます。

これら手続きはあなたが連邦資金提供機関に直接公式の苦情を申し立てる権利、または受けた差別の苦情に対して付添人弁護団を求める権利を否定するものではありません。連邦法ではあなたに対していかなる性質の脅迫、報復を禁止しています。

これら手続きは、WSDOT または Washington State Department of Transportation が管理する全ての制度、サービス、活動のほか、その二次受領者、コンサルタント、および請負業者に関して、**1964 年**制定の公民権第六編（タイトル VI）改正および **1987 年**公民権回復法に基づいて申し立てが行われた全ての苦情を対象としています。