أي شخص يعتقد أنه قد تعرّض للتمييز بشكل غير قانوني بموجب الباب السادس من قانون الحقوق المدنية أو قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات يمكن أن يقدم شكوى مع خدمات ميستيك فالي لكبار العمر (MVES- Mystic Valley Elder Services). لتقديم شكوى، يمكنك تنزيل النموذج المرفق وإكماله وإرساله بالبريد إلى:

Mystic Valley Elder Services, Inc.

Attn: Director of Quality Improvement and Evaluation

300 Commercial Street, #19

Malden, MA 02148

البريد الإلكتروني [LBeauregard@mves.org](about:blank)

**إجراء الشكوى**

يجوز لأي شخص يعتقد أنه تعرض للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي (اللغة) أو الإعاقة أن يقدم شكوى. تحقق MVES في الشكاوى التي تتلقاها ما لا يزيد عن 180 يوما من الحادث المزعوم.

في غضون عشرة (10) أيام عمل من تاريخ الاستلام، ستراجع MVES الشكوى لتحديد ما إذا كانت تستوجب التحقيق أم لا. وسيتلقى مقدم الشكوى رسالة تبلغه بما إذا كان سيجري تحقيق في الشكوى. إذا لم يكن سيتم التحقيق في الشكوى، فسيتم تقديم سبب لذلك.

يحق لـ MVES ثلاثين (30) يوم عمل بعد تحديد أن الشكوى تستوجب التحقيق لإكمال التحقيق. قد تتصل MVES بمقدم الشكوى في حالة الحاجة إلى معلومات إضافية. ولدى مقدم الشكوى عشرة (10) أيام عمل للرد على طلب الحصول على معلومات إضافية. إذا لم تتلق MVES المعلومات الإضافية في غضون عشرة (10) أيام عمل، فقد يتم إغلاق التحقيق.

بعد اكتمال التحقيق، ترسل MVES رسالة إلى مقدم الشكوى توضح فيها النتائج بالتفصيل. وستبين الرسالة ما إذا كانت ادعاءات التمييز مدعمة بالأدلة، وسبب تحديد القرار. في حالة إثبات الادعاءات، ستقوم MVES بتنفيذ خطة عمل تصحيحية لضمان الامتثال للباب السادس من قانون الحقوق المدنية و/أو قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة. سوف تشرح الرسالة الموجهة إلى مقدم الشكوى الخطوات التي ستتخذها MVES لمعالجة الممارسات التمييزية.

إذا لم يوافق مقدم الشكوى على نتائج MVES، يجوز له/لها/لهم تقديم طعن إلى المدير التنفيذي لخدمات ميستيك فالي لكبار العمر. يجب أن يقدم الطرف المستأنِف أي معلومات جديدة لم تكن متوفرة أصلًا أثناء التحقيق الأصلي والتي من شأنها أن تدفع MVES إلى إعادة النظر في قراره. يجب تقديم طلب الاستئناف وأي معلومات جديدة في غضون 10 أيام عمل من تاريخ إحالة رسالة الاستنتاج. بعد مراجعة هذه المعلومات، ستستجيب MVES إما بإصدار خطاب قرار منقح أو بإخطار الطرف المستأنِف بأن خطاب القرار الأصلي وما تم إقراره لا يزال ساريا. وفي حالة عدم قيام MVES بإثبات الشكوى، ستتاح لمقدم الشكوى فرصة تقديم شكوى مع إدارة النقل في ماساتشوستس و/أو إدارة العبور الاتحادية. سيتم توفير معلومات الاتصال وتفاصيل عملية إرسال شكوى إلى هذه الوكالات في الرسالة التي ترسلها MVES إلى مقدم الشكوى.

****

**استمارة شكوى بشأن قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة والباب السادس من قانون الحقوق المدنية**

**اسم مقدم الشكوى:**  انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**رقم هاتف مقدم الشكوى:** انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**عنوان شارع مقدم الشكوى:**  انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**مدينة مقدم الشكوى، الولاية، الرمز البريدي:** انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الشكوى:** انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**اسم الفرد أو المؤسسة التي تعتقد أنها مارست التمييز:**

انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**وضح طبيعة التمييز المزعوم (تحقق من كل ما ينطبق):**

|  |  |
| --- | --- |
| **الفئات المحمية بموجب الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964** | **الفئات المحمية بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة أو قوانين فيدرالية أخرى و/أو قوانين الولايات** |
| العرق | الإعاقة |
| اللون | العمر |
| الأصل القومي (اللغة) | الجنس |
|  | أخرى انقر أو انقر هنا لإدخال نص. |

**موقع الحادث المزعوم:** انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**تاريخ الحادث المزعوم:** انقر أو اضغط على لإدخال تاريخ.

**من تدعي أنه كان ضحية التمييز؟**

أنت

شخص آخر، يرجى تحديد: انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

فئة من الأشخاص، يرجى تحديد: انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

**يرجى وصف شكواك بما في ذلك تفاصيل محددة مثل الأسماء والتواريخ والأوقات والشهود. قم بتفصيل ما حدث بأكبر قدر ممكن، ويمكنك إرفاق مواد إضافية.**

|  |
| --- |
| انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص. |

**هل قدمت هذه الشكوى إلى أي وكالة أخرى (فيدرالية أو تابعة لولاية أو محلية)؟**

نعم، يرجى التحديد: انقر هنا أو انقر فوقه لإدخال نص.

لا

التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**يرجى إرسال هذا النموذج المتوافق بالبريد إلى:**

Director of Quality Improvement and Evaluation

Mystic Valley Elder Services, Inc.

300 Commercial Street, #19

Malden, MA 02148

**أو إرسال بريد إلكتروني إلى:** [LBeauregard@mves.org](about:blank)