

Avis public sur les droits à la non-discrimination

Le port de Lake Charles rend public sa politique visant à respecter et à assurer le plein respect des exigences de non-discrimination du titre VI de la loi sur les droits civils de 1964 et des autorités de non-discrimination associées. Le titre VI et les autorités de non-discrimination connexes stipulent qu'aucune personne aux États-Unis d'Amérique ne peut, pour des raisons de race, de couleur, d'origine nationale, de sexe, d'âge, de handicap, de niveau de revenu ou de maîtrise limitée de l'anglais, être exclue de la participation, se voir refuser la bénéficier de, ou être autrement soumis à une discrimination dans le cadre d'un programme ou d'une activité bénéficiant d'une aide financière fédérale.

Toute personne souhaitant plus d'informations sur le titre VI du port de Lake Charles et le programme ADA peut contacter Jo Ellen Elliott à l'adresse indiquée ci-dessous.

Toute personne qui estime avoir, individuellement ou en tant que membre d'une catégorie spécifique de personnes, été soumise à une discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge, le handicap, le niveau de revenu ou une maîtrise limitée de l'anglais a le droit de déposer une plainte. Une telle plainte doit être soumise par écrit dans les 180 jours suivant la date de l'événement allégué à :

Port of Lake Charles
Jo Ellen Elliott / Human Resources
1161 W. Sallier St.
Lake Charles, LA, USA 70601
(OR: P.O. Box 3753, Lake Charles, LA, USA 70602)
337-439-3661
jelliott@portLC.com

Un plaignant peut également déposer une plainte directement auprès de l'Administration maritime en envoyant un e-mail à civilrights.marad@dot.gov ou en envoyant une plainte écrite à :

United States Maritime Administration
Office of Civil Rights
West Building, 2nd Floor MAR-130
1200 New Jersey Ave.
SE Washington, DC 20590

TITLE VI & ADA COMPLAINT FORM

Section I :				
Nom:				
Adresse:				
Téléphone (domicile) :			Téléphone (Travail) :	
Adresse électronique :				
Format accessible	Gros caractères		Bande audio	
Exigences?	TDD		Autre	
Section II :				
Déposez-vous cette plainte en votre nom propre ?			Oui*	Non
*Si vous avez répondu « oui » à cette question, passez à la section III.				
Dans le cas contraire, veuillez indiquer le nom et le lien de parenté de la personne pour laquelle vous déposez votre plainte :				
Veuillez expliquer pourquoi vous avez déposé une demande au nom d'un tiers :				
Veuillez confirmer que vous avez obtenu l'autorisation de la partie lésée si vous déposez une plainte au nom d'un tiers.			Oui	Non
Section III :				
Je crois que la discrimination dont j'ai été victime était fondée sur (cochez toutes les réponses applicables) :				
<input type="checkbox"/> Course <input type="checkbox"/> Couleur <input type="checkbox"/> Origine nationale <input type="checkbox"/> Handicap				
Date de la discrimination présumée (mois, jour, année) : Expliquez _____				
aussi clairement que possible ce qui s'est passé et pourquoi vous pensez avoir été victime de discrimination. Décrivez toutes les personnes impliquées. Incluez le nom et les coordonnées de la ou des personnes qui vous ont discriminé (si elles sont connues), ainsi que leurs noms et leurs coordonnées.				
de tout témoin. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser le verso de ce formulaire.				

Section IV		
Avez-vous déjà déposé une plainte au titre du Titre VI ou de l'ADA auprès de cette agence ?	Oui	Non
Section V		
Avez-vous déposé cette plainte auprès d'une autre agence fédérale, étatique ou locale, ou auprès d'un tribunal fédéral ou étatique ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, cochez toutes les réponses qui s'appliquent :		
<input type="checkbox"/> Agence fédérale : _____		
<input type="checkbox"/> Cour fédérale _____		<input type="checkbox"/> Agence d'État _____
<input type="checkbox"/> Tribunal d'État _____		<input type="checkbox"/> Agence locale _____
Veuillez fournir des informations sur une personne-ressource au sein de l'organisme ou du tribunal où la plainte a été déposée.		
Nom:		
Titre:		
Agence:		
Adresse:		
Téléphone:		
Section VI		
Nom de l'agence contre laquelle la plainte est déposée :		
Personne de contact:		
Titre:		
Numéro de téléphone:		

Vous pouvez joindre tout document écrit ou toute autre information que vous jugez pertinente à votre plainte.

Signature et date requises ci-dessous :

Signature

Date

Veuillez soumettre ce formulaire en personne à l'adresse ci-dessous ou l'envoyer par courrier à :

Port de Lake Charles / Spécialiste en ressources humaines
1611, rue W. Sallier
Lake Charles, Louisiane 70601