



第六章投诉表格

投诉必须在涉嫌歧视行为的180天内提出。

第一节					
姓	第一	MI	日期		
街道地址			公寓/单元 #		
市	州	压缩			
电话	电子邮件地址				
可访问的格式 要求？ (校验 这一切都适用)	大打印	<input type="checkbox"/>	TDD	<input type="checkbox"/>	
	录音带	<input type="checkbox"/>	其他:		
第二节					
您是否代表自己提交此投诉?		*是	没有 <input type="checkbox"/>	*如果您对此问题的回答为“是”，请转至第III部分.	
如果没有，请提供名称和关系 您填写此投诉的人:					
请解释 为什么你 提交此文件人：	<hr/> <hr/> <hr/>				
请确认您已获得许可 如果您是代表他们提出申诉，则为投诉人.		是	<input type="checkbox"/>	没有	<input type="checkbox"/>
第三节					
我相信歧视我 经验丰富是基于 (检查所有 适用)	种族	<input type="checkbox"/>	其他:		
	颜色	<input type="checkbox"/>			
	民族起源	<input type="checkbox"/>			
涉嫌歧视日期 (MM / DD / YYYY) :					
<p>请尽可能清楚地解释发生了什么，以及为什么你认为你受到歧视 反对。描述所有涉及的人员，包括姓名和联系方式 歧视您的人 (如果知道的话)。还包括姓名和联系信息 任何证人 如有必要，请附加其他页面</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

第四节

您是否向任何其他联邦，州或地方机构或任何联邦或州法院提起诉讼？ 是 没有

如果是，请选中所有适用	联邦机构	<input type="checkbox"/>	
	联邦法院	<input type="checkbox"/>	
	国家机构	<input type="checkbox"/>	
	州法院	<input type="checkbox"/>	
	当地机构	<input type="checkbox"/>	

请列出以前提交的机构的任何其他信息：

第五节

请附上您认为与投诉相关的任何其他书面材料或其他信息。

在这里签名: _____ 日期: _____

注意：如果没有签名，Alameda CTC将无法接受您的投诉。

将签名的投诉表格提交至：

Vanessa Lee, 委员会秘书 阿拉米达县交通委员会 1111 Broadway, Suite
800, Oakland, CA 94607 电话: 510.208.7436 电子邮件:
vlee@alamedactc.org