



第六章投诉表

* 必填信息

遭受歧视者姓名*	投诉提出者姓名 (如果并非遭受歧视者本人)
歧视性质*	首选的联系方式*: <input type="checkbox"/> 家庭住址 <input type="checkbox"/> 电子邮件地址 <input type="checkbox"/> 电话
歧视行为是否涉及以下任何单位 (勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> AC Transit <input type="checkbox"/> Amtrak <input type="checkbox"/> Golden Gate Transit <input type="checkbox"/> Greyhound <input type="checkbox"/> Muni <input type="checkbox"/> Paratransit <input type="checkbox"/> SamTrans <input type="checkbox"/> WestCAT	
歧视行为是否发生在运输中心业务中? 请详细说明。	歧视行为是否发生在运输中心的其他方面? 请详细说明。
所指称的歧视发生日期 (月、日、年) *	
<p>请描述具体情况, 并说明您为什么认为自己受到了歧视。* 请提供歧视实施者姓名 (如果知道) 或对其进行描述。请列出任何证人的姓名和联系信息 (如果知道)。</p> <p>您可以附上您认为与您投诉相关的任何书面材料或其他信息。</p>	
<p>您是否已向以下任何一方提出了此项投诉? 如果是这样, 请确认并提供一名联系人。</p> <p><input type="checkbox"/> 联邦机构 <input type="checkbox"/> 州机构 <input type="checkbox"/> 地方机构 <input type="checkbox"/> 联邦或州立法院</p>	

签名 _____

日期 _____

请提交至: Transbay Joint Powers Authority

您可以通过 Attn: Title VI Complaint

201 Mission Street, Suite 2100

邮寄方式、以电子邮件形式或亲 San Francisco, CA 94105

自提交此表。 TitleVIcomments@transbaycenter.org

For Internal Use:

Name of Person Accepting Form:	Employer/Agency:
Title:	Telephone: