

第六章(Title VI) 投诉表格



根据 1964 年民权法案第六章修订版的规定, Solano 交通管理局 (Solano Transportation Authority) (简称 STA) 承诺确保, 任何人均不会因种族、肤色或原国籍的理由被排除参与或被拒绝获得服务福利。第六章投诉应在尽可能靠近歧视指控的日期提交, 但是要在知悉投诉日期或知悉歧视指控日期的 180 天内提交。以下是协助 STA 处理您的投诉时所需的资讯。

| | | | |
|---------------------------------|--|---------|------|
| 第 I 部分: 联系方式 | | | |
| 姓名: | | | |
| 地址: | | | |
| 电话(家): | | 电话(工作): | |
| 电子邮件地址: | | | |
| 无障碍格式要求? 选所有适用项。 | | 较大字体 | 录音磁带 |
| | | 听障服务专线 | 其他 |
| 第 II 部分: 为其他人提交 | | | |
| 您是否代表自己提交这个的投诉? | | 是* | 否 |
| *如对此问题回答"是", 请跳至第 III 部分。 | | | |
| 如回答否, 请填写您为其提交投诉的该投诉人的姓名及与您的关系: | | | |
| 请解释您为这个人提交投诉的原因: | | | |
| 如果您代表他人提交投诉, 请确认您已获得该投诉人的许可。 | | 是 | 否 |
| 第 III 部分: 歧视投诉 | | | |
| 我相信我所遭遇的歧视是因为(选所有适用项): | | 种族 | 肤色 |
| | | | 原国籍 |
| 歧视指控的日期 (月, 日, 年): _____ | | | |

尽可能解释清楚发生的事情以及您认为被歧视的原因。描述所有牵涉到的人，包括歧视您的人(们)的姓名和联系方式(如果知道)，以及任何证人的姓名和联系方式。如需更多空间，请另加纸张。

| 第 IV 部分: 以前或现有的投诉或诉讼 | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|
| 您以前是否向该机构提交过第六章投诉? | | 是 | 否 |
| 您是否曾经向任何其他的联邦、州或地方机构, 或向任何联邦或州法院提交过投诉? | | 是 | 否 |
| 如回答是, 请选所有适用项? | <input type="checkbox"/> | 联邦机构 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | 联邦法院 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | 州法院 | <input type="checkbox"/> |
| 请填写提交投诉的机构/法院联系人的资讯。 | | | |
| 姓名: | | | |
| 职位: | | | |
| 机构: | | | |
| 地址: | | | |
| 电话: | | | |
| 第 V 部分: 签名 | | | |
| 请在下方签名以证明上述内容的真实性。您可以附上您认为与该投诉相关的任何书面材料或其他资讯。 | | | |
| _____ | | _____ | |
| 签名 | | 日期 | |

请注意- STA 不接受没有签名的投诉表格。

请邮寄、传真、电邮或亲自前往递交您填完的表格至以下地址:

Bernadette Curry
 STA Title VI Compliance Officer
 Solano Transportation Authority
 One Harbor Center, Suite 130
 Suisun City, CA 94585
 传真(707) 424-6074
 电邮BSCurry@SolanoCounty.com

请注意: 也可以提交投诉给: Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, Attention: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor – TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590。