

Title VI/歧视投诉表

请填写下列表格并邮寄至Davis Community Transit, 收件人: Supervisor, 23 Russell Blvd., Davis, CA 95616, 或传真至(530) 752-6350. 您亦可以选择扫描然后电邮至D@cityofdavis.org, 或造訪公園和社區服務辦公室 23 Russell Blvd., Davis, CA 95616.

第一部分			
姓名 (投诉人):	Mr.	Mrs.	Ms. Miss
邮寄地址:			公寓:
城市:	州份:	邮寄编号:	
电话:	电邮:		
第二部分			
您是亲自填写吗? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
如果您回答“否”, 请提供您的姓名和与第一步份投诉人的关系。	姓名: 关系::		
请解释您代表他们提交此表格的原因。			
您是否已获得他们的同意代表投诉人提交此表单格? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
第三部分			
涉嫌歧视的类别: 种族 <input type="checkbox"/> 颜色 <input type="checkbox"/> 国籍 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>			
第四部分			
请使用此空间尽可能详细地提供您要报告的事件			
您提供的详细信息将有助于调查您的投诉			
事发日期:	事发时间:		
车长/工作人员:	路线:	巴士编号:	
上车地点:	终点/车站:		
请描述事发经过。如有需要可附上更多页数。			
请列出相关联络人以便我们获取更多信息:			
姓名:	地址:	电话:	
第五部分			
您是否同时向其他联邦、州或地方的法院或相关机构作出此投诉? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
机构名称:	投诉日期:		
第六部分			
本人现作出声明, 据我所知所申报的信息是真实及正确, 并明白加州伪证罪的刑罚。			
签署	日期		