

**都市交通委員會（MTC）Title VI 申訴表**

**必須在指稱的歧視行為發生後的180天內提出申訴。**

|  |
| --- |
| **第 I 節：** |
| 姓名： |  |
| 地址： |  |
| 電話（家庭）： |  | 電話（工作）： |  |
| 電子郵件地址： |  |
| 要求便利格式？ 勾選所有適用的項目。  |  | 大印刷字體 |  | **錄音磁帶** |
|  | TDD |  | **其他** |
| **第 II 節：** |
| 您是代表自己提出本申訴嗎？ | 是\* |  | 否 |  |
| \*如果回答「是」，請填寫第 III 節。 |
| 如果回答「否」，請填寫您代表其提出本申訴人士的姓名以及與該人士的關係： |  |
| 請解釋您爲什麽代表該人士提出申訴： |  |
|  |
|  |
|  |
| 如果您是代表申訴方提出申訴，請確認已經獲得了申訴方的許可。  | 是 |  | 否 |  |
| **第 III 節：**  |
| 我相信我受到的歧視是基於（勾選所有適用的項目）： |  | **種族** |  | **膚色** |  | **原國籍** |
| 指稱的歧視發生日期（月、日、年）： |  |

|  |
| --- |
| 請儘量清楚地解釋發生的情況以及您爲什麽認爲自己受到歧視。請描述涉及的所有人。請包括對您進行歧視的人的姓名和聯絡資訊（如知道）以及任何證人的姓名和聯絡資訊。  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **第 IV 節：** |
| 您以前是否曾經在本機構提交過 Title VI 申訴？ | 是 |  | 否 |  |
| **第 V 節：** |
| 您是否在任何其他聯邦、州或地方機構或任何聯邦或州法院提交過申訴？ | 是 |  | 否 |  |
| 如果回答「是」，請勾選所有適用的項目。 |  | **聯邦機構** |  | **州機構** |
|  | 聯邦法院 |  | **地方機構** |
|  |  | 州法院  |  |  |

|  |
| --- |
| **您可以隨附任何您認為與申訴相關的書面資料或其他資訊。** |

|  |  |
| --- | --- |
| **請在此處簽名：** |  |
| **日期：** |  |
| **註釋 — 如果您沒有簽名，都市交通委員會（MTC）不能接受您的申訴。** |

**請將本申訴表寄至：**

Metropolitan Transportation Commission

Deputy Executive Director, Operations

Bay Area Metro Center

375 Beale Street, Suite 800

San Francisco, CA 94105

傳真：(415) 536-9800

電子郵件：afremier@bayareametro.gov