

基于残疾的歧视

投诉表格

如果您认为自己因残疾而受到歧视，可以填写并提交此表。您的公民权利受到联邦《美国残疾人法案》(Americans with Disabilities Act) 的保护。您也可以拨打客户服务电话 (425) 353-RIDE (7433)，TTY 转接：拨打 711，或联系 ada@commtrans.org。投诉必须在指称的歧视行为发生后 180 天内收到。

第 1 部分—联系信息

姓名：_____ 电话：_____

邮寄地址：_____

城市/州/邮编：_____

电子邮件：_____

使用的助行器（如有）：_____

可访问格式要求：语言辅助 大字版本 其他

您是否代表自己提出投诉？ 是 否

如果“否”，请提供您代为提出投诉之人的姓名及与的关系：

第 2 部分—声称歧视信息

声称歧视的日期和时间：_____

声称歧视发生地点：_____

如果声称歧视发生在巴士上，请提供线路、行车方向及巴士号码（如有）：

解释事情发生的经过，以及您认为自己遭受了歧视的原因。请提供相关 Community Transit 员工的姓名、职称及描述，见证人及联系信息。如需额外空间，您可附上任何书面材料。

第 3 部分—投诉信息

您是否曾向 Community Transit 提出过残疾相关的投诉? 是 否

您是否向其他联邦、州或地方机构提出过此投诉? 是 否

如果“是”，请在下方列出机构及联系信息：

机构: _____ 联系人姓名: _____
地址: _____ 城市/州/邮政编码: _____
联系电话: _____

第 4 部分—签名

您可以附上任何与您的投诉相关的书面材料或其他信息。

请签名并注明日期。

姓名 _____ 日期 _____

邮寄至: **Community Transit**
 2312 W Casino Road
 Everett, Washington 98204
 ATTN: Executive Department

或发送电子邮件至: ada@commtrans.org