

Title VI 投诉表格

附录 C-1

如果您认为自己因种族、肤色或原国籍遭到 Community Transit 的歧视，您可通过填写和提交 Title VI 投诉表格提出 Title VI 投诉。**必须在声称歧视行为发生的 180 天内提出投诉。** 如果您在填写本表时需要帮助，请致电 (425) 353-RIDE (7433) 或 riders@commtrans.org 联系客户服务部。

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：_____

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他的关系：

第 2 部分—声称歧视信息

我认为我遭受的歧视是基于：

种族 肤色 原国籍

声称歧视发生日期（月/日/年）：_____

声称歧视发生地点：_____

如果指称的歧视行为发生在公交车上，请提供路线、行驶方向和公交车

号（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

您是否曾就 Title VI 向 Community Transit 提出过投诉？ 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 _____

邮寄地址：

**Community Transit
2312 W Casino Road
Everett, Washington 98204
ATTN: Title VI Officer**