



## 第六章投诉表格

“在美国，任何人不得因种族、肤色或祖籍国而被排除在任何接受联邦财政援助的项目或活动之外，被剥夺其权益，或遭受歧视。”

如您认为在交通服务过程中遭受了歧视，请提供以下信息以帮助我们处理您的投诉。如您在填写此表格时需要任何帮助或需要其他格式的信息，请告知我们。

请将此表格邮寄或递交至：

Human Resources Specialist

New Horizons Community Support Services, Inc.

2013 William Street, Jefferson City, MO 65109

电子邮箱：[TitleVI@mo-newhorizons.com](mailto:TitleVI@mo-newhorizons.com)

联系电话： 573-636-8108 传真： 573-635-5019

请打印

|  |
|--|
| 1. 投诉人姓名：  |
| a. 地址：   |
| b. 城市：<br>州： 邮编：                                       |
| c. 联系电话（请填写区号）： 住宅（ ）或手机（ ）<br>工作 ( ) -<br>( ) -       |
| d. 电子邮箱：   |
| 您是否希望通过此电子邮件地址与您联系？（ ）是（ ）否                            |
| 2. 您是否需要无障碍表格？（ ）是 请具体说明： _____<br>（ ）否                |
| 3. 您是否代表自己提交此投诉？（ ）是 如果是，请转到问题 7。<br>（ ）否 如果否，请转到问题 4。 |
| 4. 如果您对上述问题 3 的回答为“否”，请提供您的姓名和地址。                      |
| a. 投诉表格填写人姓名：  |
| b. 地址：   |
| c. 城市：<br>州： 邮编：                                       |
| e. 联系电话（请填写区号）： 住宅（ ）或手机（ ）<br>工作                      |

|   |       |
|---|-------|
| ( ) -   | ( ) - |
| d. 电子邮箱:  |       |
| 您是否希望通过此电子邮件地址与您联系? ( ) 是 ( ) 否   |       |
| 5. 您与投诉人的关系是什么?   |       |
| 6. 如果您代表第三方提交投诉, 请确认您已获得受害方的许可。<br>( ) 是, 我已获得许可。 ( ) 否, 我并未获得许可。   |       |
| 7. 请指出您认为遭受歧视的原因 (请勾选所有适用的选项):<br>( ) 种族 ( ) 肤色 ( ) 祖籍国 (第六章保护类别)<br>( ) 残疾 (《美国残疾人法案》保护类别)<br>( ) 其他 (请具体说明) |       |

第六章投诉表格 - 第二页

|  |
|--|
| 8. 所指控的歧视行为发生日期 (月, 日, 年):   |
| 9. 所指控的歧视行为发生地点:   |
| 10. 请尽可能清楚地说明所发生的事情, 以及您为何认为自己受到了歧视。请说明牵涉到的所有相关人员。包括歧视您的人员的姓名和联络方式 (如知晓)。如需更多空间, 请使用此表格的背面或附加页。  |
| 11. 请列出所有见证人的姓名和电话号码/联系信息。如需更多空间, 请使用此表格的背面或附加页。   |
| 12. 您希望采取何种纠正措施?   |
| 13. 您是否已向其他联邦、州或地方机构, 或向任何联邦或州法院提交了投诉? ( ) 是<br>如果是, 请勾选所有适用的选项 ( ) 否<br>a. ( ) 联邦机构 (请说明机构名称)<br>b. ( ) 联邦法院 (请提供地址)<br>c. ( ) 州法院<br>d. ( ) 州机构 (请说明机构)<br>e. ( ) 县法院 (请说明法院和县)<br>f. ( ) 地方机构 (请说明机构) |
| 14. 如果您在上述问题 14 的回答为“是”, 请提供提交投诉的机构/法院的联系人信息。<br>姓名:<br>头衔:  |
| 机构:<br>联系方式: ( ) -   |
| 地址:  |

|           |     |
|-----------|-----|
| 城市：<br>州： | 邮编： |
|-----------|-----|

您可附上任何您认为与您的投诉相关的书面材料或其他信息。

须签名并注明日期：

\_\_\_\_\_

签名

日期

如果您填写了问题 4、5 和 6 ，则需要您签名并注明日期：

\_\_\_\_\_

签名

日期

如需其他语言的相关信息，请联系人力资源专员，地址：2013 William Street, Jefferson City, MO 65109，电话：(573) 636-8108，邮箱：[TitleVI@mo-newhorizons.com](mailto:TitleVI@mo-newhorizons.com)。