



六号投诉及其书写格式

OMNIANS 严格遵守《第 1964 号民权法案》第四条及其《修订案》之规定，致力于保障任何一个人不会因为种族、肤色和国籍等原因而无法参与或享受到其提供的服务与福利之中。六号投诉必须于被指控的歧视发生之日起 **180** 日内提出。

以下信息是必填的，以便于我们处理您的投诉。如果您在填写表格和提交书面投诉时需要协助，请与我们的客户服务代表联络，电话是 800-966-6428 或 909-379-7100，或者前往位于第五大街医疗中心附近的 Omnitrans 东谷区服务大厅。

填妥的表格必须以 **Omnitrans** 便于察觉的方式寄回至客户服务台
地址是 **1700 W. Fifth Street, San Bernardino, CA 92411**。

你的姓名:	电话号码:
街道地址:	备用电话:
所在市, 州及邮政编码:	
其他受害人 (除申诉人之外若存在其他人受到不公平待遇): 名字(请列举):	
地址:	电话:
事件日期:	巴士#/路线/地点 (如适用) :

--	--

反面继续...

下面哪一条可以最好的描述所谓不公平待遇发生的原因？（选一个）

_____ 人种

_____ 肤色

_____ 国籍（英语水平有限）

请描述所谓的歧视事件。请尽量提供所有涉及其中的 **OMNITANS** 代表之姓名和头衔。请解释清楚发生了什么，并确定你认为谁应该对此负责。如果此处空白位置有限无法尽述，请附上一张纸。

你是否向其他联邦 / 州 / 地方机构提出过申诉？ 是___ 否 ___

如果有，请在下方列出机构名称和联系信息：

机构名称（请列举）：	联系人姓名：
地址：	电话：

我确认我已经阅读了上述条款，而且已经尽我所能提供我所知道的信息并陈述我所认同的观点。

签名: _____ 日期: _____