



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。六号投诉必须在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投诉时需要协助，请与我们的客服人员代表联络，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**。

填写妥的表格必须以 **Omnitrans** 便于察觉的方式寄回至客服人员台
地址是 **1700 W. Fifth Street, San Bernardino, CA 92411** 或 **contact@omnitrans.org**

| | |
|--|-------------------|
| 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#/路口/地点 (如适用) : |

反面继续...

下面哪一条可以最好的描述所□不公平待遇□生的原因？（选一个）

_____ 人种

_____ 肤色

_____ 国籍（英□水平有限）

□描述所□的歧□事件。请尽量提供所有涉及其中的 **OMNITANS** 代表之姓名和□□。请解□清楚□生了什么，并确定你□□□应该对此□□。如果此处空白位置有限无法尽述，□附上一□□。

你是否向其他□邦 / 州 / 地方机构提出过申□？ 是___ 否 ___

如果有，□在下方列出机构名称和□系信息：

| | |
|------------|--------|
| 机构名称（请列举）： | 联系人姓名： |
| 地址： | 电话： |

我确□我已□□□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：_____