



## 타이틀 VI 불만 접수 양식

Omnitrans 는 인증, 색깔 또는 국적에 기반하여 수정된 1964 시민권법 타이틀에서 제공된 것과 같이 서비스의 혜택에 참여에 배제되거나 거부되지 않도록 노력합니다. 타이틀 VI 불만 양식은 반드시 모든 주장하는 차별 날짜로부터 180 일 이내에 접수되어야 합니다.

다음 정보는 귀하의 불만 사항을 처리하는 것을 돕기 위해 필요합니다. 이 양식을 완성하고 서면 불만 사항을 작성하는 데에 도움이 필요하시면 고객 서비스 담당자 800-966-6428 또는 909-379-7100 에 전화를 주시거나 Medical Center Drive 에 있는 Fifth Street 에 있는 주 Omnitrans East Valley 시설에 방문해주십시오.

작성된 양식은 반드시 **Omnitrans attn: Title VI - Customer Information Desk, 1700 W. Fifth Street, San Bernardino, CA 92411** 으로 보내주셔야 합니다또는 [contact@omnitrans.org](mailto:contact@omnitrans.org).

귀하의 성명:	전화번호:
거리 주소:	대체 전화번호:
시, 주 & Zip 코드:	
불만 제기 대상 (불만 제기인 외에 다른 사람이 있다면):  이름:	
주소:	전화번호:
사고 날짜:	버스 #경로/위치 (해당되는 경우):

뒷면에서 계속...

다음 중 어느 것이 주장하는 차별에 대한 이유를 가장 잘 설명합니까? (한 개에 표시를 해주십시오)

\_\_\_\_\_ 인종

\_\_\_\_\_ 색깔

\_\_\_\_\_ 국적 (영어 미숙)

주장된 차별 사고를 설명해주십시오. 가능하다면 모든 Omnitrans 의 이름과 직위를 제공해주십시오. 무슨 일이 있었는 지, 누가 이 일에 책임을 지고 있다고 생각하시는 지 알려주십시오. 더 많은 공간이 필요하다면 추가 종이를 첨부해 주십시오.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

기타 연방, 주 또는 지역 에이전시에 불만 사항을 접수한 적이 있습니까? 예 \_\_\_ 아니오 \_\_\_

예라면 에이전시/에이전시 및 연락처 정보를 열거해주십시오:

에이전시/에이전시들:	연락처:
주소:	전화번호:

*본인은 위의 사항을 읽었고 본인의 지식, 정보 및 믿음에 근거하여 진실입니다.*

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_