

## 民权法案第六章投诉表格

<b>第一节：</b>				
姓名：				
地址：				
电话（家庭）：			电话（工作）：	
电子邮件地址：				
存取格式要求？	大印刷字体		录音带	
	聋哑人用电信设备		其他	
<b>第二节：</b>				
您是代表自己提交此投诉吗？			是*	否
*如果您回答“是”，请转到第三节。				
如果您回答“否”，请提供您投诉的人的姓名以及与您的关系。				
如果您代表第三方提出投诉，请说明原因。				
如果您代表第三方提出投诉，请确认您已获得受损害方的许可。			是	否
<b>第三节：</b>				
我认为所受到的歧视是基于（勾选所有适用项）：				
<input type="checkbox"/> 种族 <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 原国籍 所指称的歧视的事发日期（年月日）： _____ 尽可能清楚地说明发生的情况，以及您为何觉得自己受到了歧视。描述此事涉及的所有人。包括歧视您的人（如果已知）的姓名和联络方式，以及任何证人的姓名和联络方式。如果预留空白不够，请另附纸张，并与表格一起提交。 <hr style="border: 1px solid black;"/>				

**第四节**

您以前是否向本机构提交过民权法案第六章的投诉?

是

否

**第五节**

您是否向任何其他联邦、州或地方机构或任何联邦或州法院提交过此投诉?

是  否

如果是，请勾选所有适用项，并填写机构名称：

联邦机构： \_\_\_\_\_

联邦法院 \_\_\_\_\_  州机构 \_\_\_\_\_

州法院 \_\_\_\_\_  地方机构 \_\_\_\_\_

请提供受理申诉的机构/法院的联系人的信息。

姓名：

职位：

机构：

地址：

电话：

**第六节**

被投诉人：

联系人：

职位：

电话号码：

您可以附上您认为与您的投诉有关的任何书面材料或其他信息。请在下方提供您的授权签名和投诉日期。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

请亲自递送或邮寄本表格至：

收件人：

Paul Young，民权法案第六章协调员

钱德勒市/公共工程和公用事业部

基建项目处

Mail Stop 407, P.O.Box 4008

Chandler, AZ 85244-4008