

歧视投诉表

如需其他语言版本的信息，请联系旅行者援助协会 (The Travelers Aid Society) 第六章协调员，电话 619-295-8393 或发送电子邮件至 admin@travelersaidsandiego.org。

说明：如果您认为圣地亚哥旅行者援助协会在涉及其 SenioRide 老年人解决方案或 RIDEFin der 项目时对一人或多人实施了歧视，请完整填写此表格，使用黑色墨水书写或打印。签名并寄回至下方的“寄回地址”。对于残障人士，可应要求向 SANDAG 提供其他投诉方式，例如个人访谈或投诉录音。

投诉人：

地址： 城市： 州： 邮政编码： 电话： 住宅： 商务：

受歧视者：（如果不是投诉人本人）

地址： 城市： 州： 邮政编码： 电话： 住宅： 商务：

歧视发生的时间？ 日期：

我相信我所经历或获悉的歧视是基于（勾选所有适用项）

： ☐ 种族 ☐ 肤色 ☐ 原国籍 ☐ 残疾 ☐ 其他

描述涉嫌歧视的行为，尽可能提供相关责任人的姓名

（如有必要，请使用下一页的空间或附上额外页面）。如果您在上方勾选了“其他”，请注明您认为歧视所基于的类别（医疗状况、性别、退伍军人身份等）：

是否已向司法部或任何其他联邦、州或地方民权机构或法院提出投诉？

是： 否：

如果是：

机构或法院： 联系人： 地址： 城市： 州： 邮政编码： 电话： 提交日期：

回答的额外空间：

签名： 日

期：

寄回至：

Compliance Officer – Business & Workplace Compliance
SANDAG

1011 Union Street, Suite 400

San Diego, CA 92101

Phone: (619) 699-1900; Fax: (619) 699-1995; TTY: (619) 699-1904

OfficeofDiversityandEquity@sandag.org