

本表格可用于对涉嫌违反1964年民权法案第六款的行为向 Washtenaw 地区交通研究办公室 (WATS) 提起投诉。如果因生理障碍或其他原因，您需要协助填写本表格，请通过电话 (734) 994-3127，传真 (734) 994-3129 或 Michigan Relay Center (800)649-3777, 与我们取得联系。

只有投诉人或投诉人指定的代理人可以填写此表格

姓名

地址

城市

州

邮政编码

住宅电话

工作电话

传真号码

被歧视人 如与投诉人相同，此栏不填。(如有需要可使用附加页)

地址

城市

州

邮政编码

住宅电话

工作电话

传真号码

请注明您与上述被歧视人的关系

涉嫌有歧视行为的机构，部门，或服务项目的

名称

地址

城市

州

邮政编码

电话号码

传真号码

所投诉的歧视行为发生的时间

歧视发生的起始日期

最近一次发生歧视行为的日期

所投诉的歧视行为：

歧视投诉应在有关歧视行为发生 180 天内提出。如果您在 180 天内没有意识到该行为是歧视性的，可以在您知晓后 60 天内提出投诉。

如果您的投诉涉及服务提供过程中出现的歧视行为或上文所述的机构或部门在接待您或他人时的歧视行为，请在下面注明您认为产生这些歧视行为的原因。

例如：如果您认为您遭到歧视是因为您是非洲裔美国人，请在“种族/肤色的选项框上进行标注，并在所提供的空白处填写“非洲裔美国人”。

例如：如果您认为歧视行为的产生是因为您是女性，请在“性别”的选项框上标注并在空白处填写“女性”。

- | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|--------------------------|----|-------|
| <input type="checkbox"/> | 种族/肤色 | _____ | <input type="checkbox"/> | 宗教 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 原国籍 | _____ | <input type="checkbox"/> | 年龄 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 性别 | _____ | <input type="checkbox"/> | 残障 | _____ |

