

第六章计划  
投诉表格：翻译

**SDCB 第六章投诉表格**

<b>第一部分：请清晰填写</b>		
1. 姓名：		
2. 地址：		
3. 电话号码：	3.a. 备用电话号码（可选）：	
4. 电子邮件地址：		
5. 可理解的形式要求：	<input type="checkbox"/> 大字体版本	<input type="checkbox"/> 录音带
	<input type="checkbox"/> 听语障形式	<input type="checkbox"/> 其他
<b>第二部分：</b>		
6. 您是否代表自己提交此投诉？	是*	否
*如您对第 6 个问题回答“是”，请转到第三部分。		
7. 如您对第 6 个问题回答“否”，请提供您为其提交此诉讼的人的姓名。姓名：		
8. 您与此人的关系是：		
9. 请说明您为第三方提交投诉的原因：		
10. 如果您代表受损害方提交投诉，请确认您已获得他们的许可。	是	否
<b>第三部分：</b>		
11. 我认为自己受到了以下方面的歧视（请勾选所有适用的选项）：		
<input type="checkbox"/> 种族	<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 族裔背景
12. 指控的歧视行为发生的日期：（月月/日日/年年年年）		
13. 尽可能清楚地说明所发生的事情，以及您为何认为自己受到歧视。说明牵涉到的所有人员。包括歧视您的人员的姓名和联络方式（如果您知道），以及任何目击者的姓名和联络方式。如需更多空间，请附上其他纸张。		

第六章计划  
投诉表格：翻译

投诉表格

<b>第四部分：</b>		
14. 您以前是否向 SDCB 提交过第六章投诉？	是	否
<b>第五部分：</b>		
15. 您是否向其他联邦、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，请勾选所有适用的选项： [ ] 联邦机构 _____ [ ] 州机构 _____ [ ] 联邦法院 _____ [ ] 地方机构 _____ [ ] 州法院 _____		
16. 如您对第 15 个问题回答“是”，请提供关于收到投诉的机构 / 法院的联络人的信息。		
姓名：		
职衔：		
机构：		
地址：		
电话号码： 电子邮件：		
<b>第六部分：</b>		
投诉所针对的运输机构的名称：		
联络人：		
电话号码：		

您可以附上您认为与您的投诉有关的任何书面资料或其他信息。

请务必在下方签名并注明日期：

签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

请将此表格亲自送到或邮寄至以下地址：

San Diego Center for the Blind  
Title VI Coordinator: Nancy Sherman  
5922 El Cajon Boulevard  
San Diego, CA 92115