



第一节:				
姓名:				
地址:				
电话 (住宅):		电话 (工作):		
电子邮件地址:				
无障碍格式需求:	大号字体		录音带	
	IDD		其他	
第二节:				
您是否代表自己提出投诉?		是•	否	
*若您选择“是”，请跳至第三节。				
否则，请提供由您代为投诉的被代表人的姓名及与您的关系:				
请说明您代为提出投诉的原因: _____ _____				
如您代表他人投诉，请确认已获得被侵权方的许可。		是	否	
第三节:				
☐ 《民权法案》第六章投诉 ☐ 《美国残疾人法案》第 504 条投诉				
我认为我所遭受的歧视系基于以下原因 (请勾选所有适用选项):				
☐ 种族 ☐ 肤色 ☐ 国籍 ☐ 残疾 ☐ 其他_____				
投诉的歧视行为发生的日期及时间 (年/月/日): _____。				
请尽可能清晰地描述事件经过，并说明您认为受到歧视的理由。列出所有涉事人员信息，包括对您存在歧视的人员 (如已知) 及证人的姓名与联系方式。如需更多空间，可在本表格后另附补充页面。 _____ _____ _____ _____ _____				

第四节		
您是否曾向本机构提交过《民权法案》第六章/《美国残疾人法案》投诉？	是	否
第五节		
您是否已向其他联邦、州或地方机构，或联邦/州法院提交过本投诉？ ☐ 是 ☐ 否 若选择“是”，请勾选所有适用选项： ☐ 联邦机构 _____ ☐ 联邦法院 _____ ☐ 州机构 _____ ☐ 州法院 _____ ☐ 地方机构 _____		
请提供受理投诉的机构/法院联系人信息。 姓名： 职务： 机构： 地址： 电话：		

您可附上任何您认为与投诉相关的书面材料或其他信息。

请在下方签名并填写日期：

_____	_____
签名	日期
_____	_____
协助投诉人员签名（如适用）	日期

请亲自或通过邮寄、电子邮件或传真等方式将本表格提交至以下地址：

SMART
 5401 Old Redwood Highway, Suite 200
 Petaluma, CA 94954
 电话： 707-794-3330
 传真： 707-794-3037
 电子邮件： info@sonomamarintrain.org