

Имя жалобщика: _____ Домашний телефон: _____

Домашний адрес Улица: _____ Город: _____ штат: _____ Индекс: _____

Рабочий телефон: _____ Расовая/Этническая группа: _____ Пол: _____

Адрес электронной почты: _____

Лицо, подвергшееся дискриминации (кроме жалобщика, если есть): _____

Домашний адрес Улица: _____ Город: _____ штат: _____ Индекс: _____

Домашний телефон: _____ Рабочий телефон: _____

1. КОНКРЕТНОЕ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДИСКРИМИНАЦИИ (Отметьте соответствующий пункт(ы)):

Раса Цвет кожи Национальность

2. Дата заявленного акта(ов) дискриминации _____

3. ОТВЕТЧИК (лицо, на которого подается жалоба):

Имя: _____ Должность: _____

Место работы: _____

4. Опишите, каким образом вы подверглись дискриминации. Что произошло и кто несет ответственность?

Если не хватает места, приложите дополнительные листы бумаги.

5. Вы подали данную жалобу в другое федеральное или местное агентство, агентство штата; или в федеральный суд или в суд штата? Да Нет

Если ответ да, отметьте каждое агентство, куда подана жалоба:

Федеральное агентство Федеральный суд Агентство штата Суд штата

Местное агентство Дата подачи: _____

6. Укажите контактные данные сотрудника другого агентства или суда, куда вы подали жалобу:

Имя: _____ Домашний телефон: _____

Домашний адрес Улица: _____ Город: _____ штат: _____ Индекс: _____

Подпишите жалобу в поле ниже. Приложите любые вспомогательные документы.

Подпись: _____ Дата: _____

Подписанную жалобу можно прислать письмом, факсом или электронной

почтой: San Francisco Municipal Transportation Agency (SFMTA)

ATTN: Title VI Complaints

One South Van Ness Avenue, 7th Floor

San Francisco, CA 94103

FAX: 415.701.4502