

**TITLE VI/ADA/UNRUH 歧視投訴表**

如需索取本資訊的其他格式，請致電 (760) 966-6500 與 NCTD 客戶服務聯絡。聽力障礙人士應致電 711，取得加州轉接服務。

<b>第一部分 - 原告資訊</b>	
原告姓名：	提出日期：
街道地址：	城市、州和郵遞區號：
電話：	電子郵件地址：
<b>第二部分 - 第三方投訴</b>	
您是否代表第三方提出此投訴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 - 請繼續第三部分	
若「是」，請提供您代之投訴的人員姓名以及與其的關係：	
為第三方提出投訴的理由：	
您是否已獲得代表第三方提出投訴的許可？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>第三部分 - 投訴根據/依據</b>	
依據《聯邦規則彙編》第 49 篇第 21 節提出的第六篇 (Title VI) 投訴： 基於 Title VI 而認定之歧視（請選擇所有適合選項）：	
<input type="checkbox"/> 種族	<input type="checkbox"/> 膚色 <input type="checkbox"/> 原籍國
依據 1990 年《美國殘疾人法案》(ADA) 和 1973 年《康復法案》第 504 條提出的 ADA 投訴： 基於 ADA 而認定之歧視（請選擇所有適合選項）：	
<input type="checkbox"/> 殘疾	<input type="checkbox"/> ADA 無障礙
依據美國加州政府法典第 51 條提出的 Unruh 法案投訴： 基於 Unruh 而認定之歧視（請選擇所有適合選項）：	
<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 原籍國 <input type="checkbox"/> 婚姻狀況
<input type="checkbox"/> 種族	<input type="checkbox"/> 殘疾 <input type="checkbox"/> 血統
<input type="checkbox"/> 膚色	<input type="checkbox"/> 健康狀況 <input type="checkbox"/> 公民身分
<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 基因資訊 <input type="checkbox"/> 主要語言
<input type="checkbox"/> 年齡	<input type="checkbox"/> 性取向 <input type="checkbox"/> 移民身分
<b>第四部分 - 其他投訴</b>	
您之前是否曾向 NCTD 提交過 Title VI、ADA 或 Unruh 投訴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若您曾向任何聯邦、州或地方機構或任何聯邦或州法院提起投訴，請填寫以下資訊：	
機構/法院：	聯絡人姓名/職稱：
地址：	電話：
<b>第五部分 - 事實背景</b>	
指控歧視行為的日期/時間：	
被投訴方（即投訴所針對的個人）的姓名/職稱/描述：	
事件發生地點：	

