

**TITLE VI/ADA/UNRUH 歧视投诉表格**

若要以其他格式请求此信息，请致电 (760) 966-6500 联系 NCTD 客户服务。听力障碍人士应致电 711 获得加利福尼亚转接服务。

|   |   |
|---|---|
| <b>第 1 部分 - 原告信息</b>  |   |
| 原告姓名:   | 上诉日期:   |
| 街道地址:   | 城市、州与邮政编码:  |
| 电话:   | 电子邮件地址:   |
| <b>第 2 部分 - 第三方投诉</b>   |   |
| 您是否代表第三方提出投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 - 前往第 3 部分                |   |
| 如果“是”，请提供您代之投诉人的姓名以及您与他/她的关系:   |   |
| 代表第三方投诉的理由:   |   |
| 您是否已经获得代表第三方上诉的许可? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                      |   |
| <b>第 3 部分 - 投诉根据/依据</b>   |   |
| 根据《美国联邦法规》第 49 篇第 21 节提出的第六章 (Title VI) 投诉:   |   |
| 基于 Title VI 的歧视 (选择所有适用选项):   |   |
| <input type="checkbox"/> 种族   | <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 国籍     |
| 根据 1990 年《美国残疾人法案》(ADA) 和 1973 年《康复法案》第 504 节提出 ADA 投诉:                                       |   |
| 基于 ADA 的歧视 (选择所有适用选项):  |   |
| <input type="checkbox"/> 残疾   | <input type="checkbox"/> ADA 无障碍                            |
| 根据加州政府法典第 51 节提出的《安鲁民权法案》(Unruh) 提出投诉:  |   |
| 基于 Unruh 的歧视 (选择所有适用选项):  |   |
| <input type="checkbox"/> 性别   | <input type="checkbox"/> 国籍 <input type="checkbox"/> 婚姻状况   |
| <input type="checkbox"/> 种族   | <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 血统     |
| <input type="checkbox"/> 肤色   | <input type="checkbox"/> 身体状况 <input type="checkbox"/> 公民身份 |
| <input type="checkbox"/> 宗教   | <input type="checkbox"/> 遗传信息 <input type="checkbox"/> 主要语言 |
| <input type="checkbox"/> 年龄   | <input type="checkbox"/> 性取向 <input type="checkbox"/> 移民身份  |
| <b>第 4 部分 - 其他投诉</b>  |   |
| 您是否曾向 NCTD 提出过 Title VI、ADA 或 Unruh 投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |   |
| 如果您曾向任何联邦、州或当地机构或联邦/州法院提出过此类投诉，请填写下列信息:   |   |
| 机构/法院:  | 联系人姓名/职位:   |
| 地址:   | 电话:   |
| <b>第 5 部分 - 事实背景</b>  |   |
| 涉嫌歧视行为的日期/时间:   |   |
| 被告 (即被投诉的个人) 姓名/职位/描述:  |   |
| 发生地:  |   |

