

CyRide 的标题六歧视投诉表格

说明： 请填写此表完全，蓝色和黑色墨水。签署、日期和在底部的下一个页面返回到该地址。备用手段提出申诉的如个人面试、音频记录，交替的语言，或将可要求打印更。

第一节: (申诉人信息)	
名称:	
地址:	
市、州及邮编:	
电话 (家):	电话 (手机):
最佳来电时间: _____ AM / PM (请圈出)	
你以自己的名义提交此投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果你回答是, 请转到第三节。	
第二章 (人填写窗体, 如果不是申诉人。)	
名称:	
地址:	
市、州及邮编:	
电话 (家):	电话 (手机):
最佳来电时间: _____ AM / PM (请圈出)	
申诉人的关系: (母亲、兄弟、朋友, 等.)	
请确认你已经获得申诉人的权限, 是否你申请了这代表他们的投诉 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 号	
第三节	
申诉人认为歧视基于 (请选中所有适用项):	
<input type="checkbox"/> 竞赛 <input type="checkbox"/> 颜色 <input type="checkbox"/> 国家起源	
日期指称的歧视 (月、日、年): _____	
时间指称的歧视 (时间): _____	
位置指称的歧视?: _____ (地址、总线 ID #, 和/或公交车的路线方向)	
如果您的投诉不基于种族、肤色或民族血统, 请致电 CyRide 在 515-292-1100 发行你的关心。	

第三节 (续)

描述提供的名称 (如果适用 & 已知) 据称歧视的个人或 CyRide 服务违反了第六编的歧视的行为。描述所涉及的所有人的外观。包括姓名和联系信息的任何证人。如果需要请使用此表背面或附加其他页面。

第四节

你都归档这具体的投诉与其他联邦、州或地方机构, 或与任何联邦或州法院吗?

是的 没有

如果是的是与哪些机构或法院吗? 请提供以下详细信息:

机构/法院:

联系人姓名:

标题:

地址:

市, 州, 邮编:

电话:

申请日期:

的签名和日期以下需为 CyRide 来处理这个投诉。您可以附加任何书面的材料或其他相关信息, 对您的投诉。

申诉人的签名日

期

请提交此表单中人以下, 地址或邮寄此窗体可以:

CyRide

业务联系人: 助理主任

601 N. 大学大道。

艾姆斯, IA 50010