

CyRide 第六章 歧视投诉表格

说明: 请用蓝色/黑色笔完整的填写此表格。签字, 注明日期, 然后将该表格返回至第二页底部的地址。如果提出要求另外的投诉方式, 我们将提供如亲自面试, 音频录音, 变换语言等。

第一部分: (投诉人信息)	
姓名:	
地址:	
市, 州 & 邮编:	
电话 (家庭):	电话 (手机):
最佳来电时间: _____ 上午 / 下午 (请圈出)	
你是以自己的名义提交此投诉吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果你回答是, 请转到第三部分.	
第二部分 (代填写人请填写以下部分, 如果不是投诉人)	
姓名:	
地址:	
市, 州 & 邮编:	
电话(家庭):	电话 (手机):
最佳来电时间: _____ 上午 / 下午 (请圈出)	
和投诉人的关系: (母亲, 兄弟, 朋友, 等.)	
如果你为他/她填写此表格, 请确认你已经获得投诉人的许可 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
第三部分	
投诉人认为发生的歧视基于 (请选所有适用项): <input type="checkbox"/> 种族 <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 国籍 声称的歧视日期 (月, 日, 年): _____ 声称的歧视时间 (时间): _____ 声称的歧视地点: _____ (地址, 公交车号, 和/或 公交车线路/方向)	
如果你的投诉不是基于种族, 肤色或国籍 请致电 CyRide 515-292-1100 表达你的顾虑.	

第三部分 (续)

请描述歧视行为，提供声称歧视人的名字（如果适用&已知）或 CyRide 服务如果违反第六章。描述涉及的所有人的外表。包括任何证人的姓名和联系信息。如果需要的话，请使用本表背面或附加纸张。

第四部分

你是否递交过此具体的投诉给其它任何联邦，州或地方机构，或任何联邦或州法院？

是 否

如果是，给哪些机构或法院？请提供以下更多信息：

机构/法院：

联系人姓名：

职位：

地址：

市, 州, 邮编：

电话：

投诉日期：

请在下面签名和注明日期以使 **CyRide** 处理该投诉。你可以附加任何书面的材料或其它和你投诉相关的信息。

投诉人签名

日期

请到以下地址亲自递交此表格, 或邮寄此表格至:

CyRide

Attn: Asst. Director of Operations

601 N. University Blvd.

Ames, IA 50010