



六号投诉及其书写格式

OMNIANS 严格遵守《第 1964 号民□法案》第四条及其《修订案》之规定，致力于保障任何一个人不会因为种族、肤色和国籍等原因而无法参与或享受到其提供的服□与福利之中。六号投□必□于被指控的歧□发生之日起 **180** 日内提出。 .

以下信息是必填的，以便于我□□理您的投□。如果您在填写表格和提交□面投□时需要协助，□与我□的客□服□代表联络，电话是 800-966-6428 或 909-379-7100，或者前往位于第五大街医□中心附近的 Omnitrans 东谷区服务大厅。

填妥的表格必□以 **Omnitrans** 便于察觉的方式寄回至客□服□台
地址是 **1700 W. Fifth Street, San Bernardino, CA 92411** 或 **contact@omnitrans.org**

你的姓名:	电话号码:
街道地址:	备用电话:
所在市, 州及□政□□:	
其他受害人 (除申诉人之外若存在其他人受到不公平待遇): 名字(请列举):	
地址:	电话:
事件日期:	巴士#/路口/地点 (如适用) :

反面继续...

下面哪一条可以最好的描述所□不公平待遇□生的原因？（选一个）

_____ 人种

_____ 肤色

_____ 国籍（英□水平有限）

□描述所□的歧□事件。请尽量提供所有涉及其中的 **OMNITANS** 代表之姓名和□□。请解□清楚□生了什么，并确定你□□□应该对此□□。如果此处空白位置有限无法尽述，□附上一□□。

你是否向其他□邦 / 州 / 地方机构提出过申□？ 是___ 否 ___

如果有，□在下方列出机构名称和□系信息：

Table with 2 columns and 2 rows: 机构名称 (请列举):, 联系人姓名:, 地址:, 电话:

我确□我已□□□了上述条款，而且已经尽我所能提供我所知道的信息并陈述我所认同的观点。

签名: _____ 日期: _____