



第VI篇 投诉表

根据1964年修订的《民权法》第六章的规定，VIA Metropolitan Transit致力于确保任何人都不会因种族、肤色或国籍而被排除在其服务或项目之外，或被拒绝享受其服务或项目利益，或在接受其服务或项目时受到歧视。

填写下列信息有助于我们处理您的投诉信息。如果您在填写本表格时需要任何帮助，[请致电210-362-2075](tel:210-362-2075)或[发送电子邮件至claudia.degonzalez@viainfo.net](mailto:claudia.degonzalez@viainfo.net)，联系美国平等就业机会委员会（EEO）。

请填写、签名并将此表格发送至：

VIA Metropolitan Transit
Claudia de Gonzalez, EEO
800 West Myrtle, Suite 200
圣安东尼奥，德克萨斯州78212

第一节	
姓名：	
地址、城市、州&邮政编码：	
电话（家庭）：	电话（工作）：
电子邮件：	
第二节	
受歧视人员（该人员并非投诉人）：	
姓名：	
地址、城市、州&邮政编码：	
第三节	
基于下列事项（请勾选所有适用项），本人认为我受到歧视：	
[]种族 []肤色 []国籍	
指控日期（年、月、日）： _____	

投诉中须详细说明指称的歧视情况，以便让EEO职员了解发生的事项、时间以及对指称情况的投诉依据（例如，种族、肤色、国籍）。请列示所有涉事VIA员工的姓名和职务和/或涉及的VIA服务或项目。投诉中须纳入投诉人的所有联系信息，包括姓名、地址和电话号码，以及所有证人或了解相关情况的个人的所有联系信息。投诉表须由投诉人或其代表人签字及注明日期。如需额外空间，请另附纸张。此外，请附上贵方认为与投诉相关的任何书面材料或其他信息。

第四节

贵方之前是否向该机构提交过歧视投诉？ 是 否
如果回答是肯定的，请提供您提出投诉的日期、投诉中包含的歧视指控的摘要内容及其处理或解决情况。

第五节



贵方是否曾向任何其他联邦、州、地方机构或任何联邦法院或州法院提交过该等投诉？

是 否

如果答案是肯定的，请勾选所有适用项，并列出相关机构或法院的名称

联邦机构_____ 州机构_____

联邦法院_____ 地方机构_____

请提供投诉机构/法院的相关联系人的信息。

姓名：

职务：