



СИСТЕМА СКОРОСТНЫХ ПОЕЗДОВ В РАЙОНЕ ЗАЛИВА САН-ФРАНЦИСКО
ФОРМА ЖАЛОБЫ НА ОСНОВАНИИ РАЗДЕЛА VI

Имя жалобщика		Домашний телефон	
Домашний адрес Улица		Город, штат	Индекс
Расовая/Этническая группа		Пол	Адрес электронной почты
Лицо, подвергшееся дискриминации (кроме жалобщика, если есть)		Домашний телефон	
Домашний адрес Улица		Город, штат	Индекс
		Рабочий телефон	

1. КОНКРЕТНОЕ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДИСКРИМИНАЦИИ (Отметьте соответствующий пункт(ы)):

- Раса Цвет кожи Национальность

2. Дата заявленного акта(ов) дискриминации _____

3. ОТВЕТЧИК (лицо, на которого подается жалоба)

Имя	
Должность	Место работы

4. Опишите, каким образом вы подверглись дискриминации. Что произошло и кто несет ответственность? Если не хватает места, приложите дополнительные листы бумаги.

5. Вы подали данную жалобу в другое федеральное или местное агентство, агентство штата; или в федеральный суд или в суд штата? Да Нет

Если ответ да, отметьте каждое агентство, куда подана жалоба:

- Федеральное агентство Федеральный суд Агентство штата Суд штата
- Местное агентство Дата подачи _____

6. Укажите контактные данные сотрудника другого агентства или суда, куда вы подали жалобу:

Имя		
Адрес Улица		Телефон
Город, штат	Индекс	

Подпишите жалобу в поле ниже. Приложите любые вспомогательные документы.

Подпись	Дата
---------	------