



**SAN FRANCISCO BAY AREA RAPID TRANSIT DISTRICT
FORMULAIRE DE DÉPÔT DE PLAINTE EN VERTU DU TITRE VI**

Nom du plaignant			Téléphone (résidence)
Adresse résidentielle Rue		Ville, État	Code postal
Téléphone (lieu de travail)			
Race/Groupe ethnique	Sexe	Courriel	
Personne ayant subi une discrimination (si autre que le plaignant)			Téléphone (résidence)
Adresse résidentielle Rue		Ville, État	Code postal
Téléphone (lieu de travail)			

1. FONDEMENT SPÉCIFIQUE DE LA DISCRIMINATION (Veuillez cocher la ou les cases appropriées) :

Race Couleur Origine ethnique/nationale

2. Date du ou des actes discriminatoires allégués _____

3. INTIMÉ (personne contre laquelle la plainte est déposée)

Nom	
Fonction	Lieu de travail

4. Décrire comment vous avez fait l'objet de discrimination. Qu'est-il arrivé et qui était responsable ? Joindre un ou des feuillets supplémentaires pour continuer la description.

5. Avez-vous déposé cette plainte auprès d'une autre agence fédérale, de l'État ou locale ; ou auprès d'un tribunal fédéral ou de l'État ? Oui Non

Si Oui, veuillez encercler chaque agence ou tribunal auprès desquels vous avez déposé votre plainte :

Agence fédérale Tribunal fédéral Agence de l'État Tribunal de l'État
 Agence locale Date du dépôt _____

6. Renseignements sur la personne à joindre à l'agence ou au tribunal où vous avez déposé votre plainte :

Nom		
Adresse Rue		Ville, État
Code postal		Téléphone

Signer cette plainte dans l'espace ci-dessous. Joindre toute documentation à l'appui.

Signature	Date
-----------	------