

7. 我认为我经历的歧视是基于 (勾选所有适用内容) : () 种族 () 肤色 () 国籍 (受第六标题保护的类别)
() 残疾(受美国残疾人法案保护的类别)
() 其他(请具体说明)

未完待续

民权法案第六标题 / 美国残疾人法案投诉表格-第2页

8. 涉嫌歧视的日期 (月份、日期、年份) :
9. 涉嫌歧视发生在哪里?
10. 尽可能清楚地解释发生了什么, 以及您为什么认为自己受到了歧视。请描述所有相关的人们。 · 请包括歧视您的人的姓名和联系方式 (如已知) 。如需额外空间, 请使用本表格背面或单独页面。
11. 请列出所有目击者的姓名及电话号码/联系方式。如需额外空间, 请使用本表格背面或单独页面。
12. 您希望采取什么样的纠正行动?
13. 您有否向任何其他联邦、州或本地机构, 或任何联邦或州法院提交了投诉? () 是 如果是的话, 选择所有有关的 () 否 a. () 联邦机构 (列表机构名称) b. () 联邦法院 (请提供地点) c. () 州法院 d. () 州政府机构 (具体机构) e. () 县法院 (指定法院和县) f. () 本地机构 (指定机构)
14. 如果对上述第14题回答 是 的话, 请提供投诉提交机构/法院的联系人资料。
姓名: _____ 头衔: _____
机构: _____ 电话: (_____) - _____
地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

您可以附上任何您认为与投诉相关的书面材料或其他资料。

请签署并填写日期

 签名 日期

如果您完成了第4、5和6题, 请签署并填写日期:

 签名 日期

如果您需要其他语言获取资料, 请联系Chris Baechle 在 Cardinal Ritter Senior SeNices, 或者拨打这个号码 314-961-8000.