



## San Joaquin 地区交通局 第六章投诉流程与投诉表

地区交通局 (Regional Transit District, RTD) 完全遵守 1964 年《民权法案》(Civil Rights Act) 第六章的要求, 致力于为所有公民提供相应的服务。认为自己因种族、肤色或国籍而受到 RTD 歧视的公民, 可以在事件发生后的 180 天内, 通过填写并提交 RTD 第六章投诉表发起正式的第六章歧视事件投诉。

第六章投诉必须以书面形式提出。如果客户在填写投诉表时需要帮助, 请致电 (209) 943-1111 与客户服务部联系, 且相关人员会提供帮助。填写完成的表格可以通过邮寄、传真、电子邮件或亲自提交的方式递送至:

### San Joaquin RTD

Attn: Title VI Administrator  
P.O. Box 201010  
Stockton, CA 95201  
传真: (209) 948-8516  
电子邮箱:  
[comments@sjRTD.com](mailto:comments@sjRTD.com)

客户也可以选择直接向以下部门提交投诉:

### State of California Department of Transportation

Division of Rail and Mass Transportation  
P.O. Box 942874, MS #39  
Sacramento, CA 94274-0001

### Federal Transit Administration Office of Civil Rights

Attn: Complaint Team  
East Building, 5th Floor – TCR  
1200 New Jersey Ave, SE  
Washington, DC 20590

如果将投诉提交至 RTD, 我们将审核信息并发送确认函, 以告知客户是否将对投诉内容展开调查。投诉结果的最终书面决定将在收到投诉后的 30 个工作日内给出。如果投诉内容没有得到证实, RTD 将建议投诉者履行申诉权。

### 申诉流程

如果投诉者不同意 RTD 的决定, 可以书面形式向 RTD (上述地址) 提出申诉。如果投诉者认为歧视行为违反了联邦法律, 可直接向下列机构提出申诉:

- 申诉必须在**歧视行为发生后 180 天内**向联邦交通管理局民权办公室 (Federal Transit Administration Office of Civil Rights) 提出  
East Building, 5<sup>th</sup> Floor – TCR  
1200 New Jersey Avenue SE  
Washington, DC 20590
- 申诉必须在**涉嫌歧视行为发生后的 180 天内**提出; 如果该指控也涉及州或地方反歧视法, 则**必须在歧视行为发生后 300 天内**向平等就业机会委员会 (Equal Employment Opportunity Commission) 提出申诉  
San Francisco District Office  
450 Golden Gate Avenue  
5 West, P.O. Box 36025  
San Francisco, CA 94102-3661

## San Joaquin 地区交通局 第六章投诉表

请将表格填写完整。只有完整填写的投诉表才会得到处理。

<b>第 1 节:</b>		
姓名:		
地址:		
电话号码 (住家):	电话号码 (办公):	
电子邮箱:		
所需格式要求?	<input type="checkbox"/> 大字体印刷	<input type="checkbox"/> 录音带
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> 其他类型
<b>第 2 节:</b>		
是否由本人提出投诉?		
<input type="checkbox"/> 是。前往第 3 节。		
<input type="checkbox"/> 否。如果不是由本人提出投诉, 请提供姓名以及您与投诉者的关系。		
请说明您为第三方投诉的原因:		
如果您代表第三方提出投诉, 请确认是否已获得受害方的许可。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>第 3 节:</b>		
您认为以下哪项是您遭受歧视的原因 (请勾选所有适用项):		
<input type="checkbox"/> 种族 <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 国籍		
涉嫌歧视行为的发生日期 (年、月、日): _____		
请尽可能清楚地说明事件详情以及您认为自己受到歧视的原因。请提供所有相关人员的信息, 包括歧视您的人员姓名和联系方式 (如果知道), 以及任何目击证人的姓名和联系方式。如果需要更多空间, 可以在表格背面填写。		
_____		
_____		
_____		
<b>第 4 节:</b>		
您以前是否向此机构提出过歧视事件投诉?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果提出过, 请提供之前投诉事件的相关参考信息。		
_____		
_____		
_____		
<b>第 5 节:</b>		

您是否向其他任何联邦/州/地方机构, 或任何联邦/州法院提出过此投诉?  是  否

如选择是, 请勾选所有适用项:

- 联邦机构: \_\_\_\_\_
- 联邦法院: \_\_\_\_\_  州属机构: \_\_\_\_\_
- 州立法院: \_\_\_\_\_  地方机构: \_\_\_\_\_

请提供投诉受理机构/法院的联系人的信息。

姓名:

职务:

机构:

地址:

电话号码:

**第 6 节:**

投诉受理机构的名称:

投诉受理人员的姓名:

职务:

地址:

电话号码 (如果有):

如有需要, 您可以随附任何与投诉有关的书面材料或其他信息。请在下方区域签字并填写日期:

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期