



薩克拉門托 (沙加緬度)地區政府理事會 (SACOG) Title VI 申訴表
 必須在指稱的歧視行為發生後的 **180** 天內提出申訴。

第一部分：				
姓名：				
地址：				
電話（家庭）：		電話（工作）：		
電子郵件地址：				
要求我們提供的材料格式： 勾選所有適用的項目。	<input type="checkbox"/>	大號印刷字體	<input type="checkbox"/>	錄音磁帶
	<input type="checkbox"/>	听力障礙	<input type="checkbox"/>	其它
第二部分：				
您是代表自己提出本申訴嗎？	<input type="checkbox"/>	是*	<input type="checkbox"/>	否
*如果回答「是」，請填寫第三部分。				
如果回答「否」，請填寫您代表其提出本申訴人士的姓名以及與該人士的關係：				
請解釋您為什麼代表該人士提出申訴： _____				
如果您是代表申訴方提出申訴，請確認已經獲得了申訴方的許可。	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
第三部分：				
我相信我受到的歧視是基於（勾選所有適用的項目）：	<input type="checkbox"/>	種族	<input type="checkbox"/>	膚色
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	原國籍
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	其它
指稱的歧視發生日期（月、日、年）：				

請儘量清楚地解釋發生的情況以及您爲什麼認爲自己受到歧視。請描述涉及的所有人。請包括對您進行歧視的人的姓名和聯絡資訊（如知道）以及任何證人的姓名和聯絡資訊。

第四部分：

您以前是否曾經在本機構提交過Title VI 申訴？	是		否	
----------------------------	---	--	---	--

第五部分：

您是否在任何其他聯邦、州或地方機構或任何聯邦或州法院提交過申訴？	是		否	
----------------------------------	---	--	---	--

如果回答「是」，請勾選所有適用的項目。	<input type="checkbox"/>	聯邦機構	<input type="checkbox"/>	州機構
	<input type="checkbox"/>	聯邦法院	<input type="checkbox"/>	地方機構
	<input type="checkbox"/>	州法院	<input type="checkbox"/>	

您可以隨附任何您認爲與申訴相關的書面資料或其他資訊。

請在此處簽名： _____
日期： _____

註釋 — 如果您沒有簽名，都市交通委員會（**SACOG**）不能接受您的申訴。

請打印，掃描並通過電子郵件發送完成，簽署形式來 ejohnson@sacog.org 或

完成，已簽署的表格郵寄或傳真到：
Title VI Coordinator
Sacramento Area Council of Governments
1415 L Street, Suite 300
Sacramento, CA 95814

傳真：(916) 321-9551