



第 VI 章相關事宜投訴表

如果您認為因種族、膚色或原國籍（包括英語水平有限）等原因受到歧視，您可以通過一些機構計畫或活動提交正式投訴。
discrimination@auburnwa.gov

說明：請填寫以下表格並寄回至：Att: Complaints, Office of Equity and Civil Rights,
 Washington State Department of Transportation, Box 4734, Olympia WA 98504-7314
 或發送電子郵件至：oeoecrbcomplaints@wsdot.wa.gov

代理機構專用		
Received	_____	_____
Response	_____	_____
Report	_____	_____
Briefing	_____	_____

您的姓名：		您的電話：	
就此投訴事宜與您聯繫的最佳時間：		您的電子郵件地址：	
<input type="checkbox"/> 上午 7 點 - 上午 10	<input type="checkbox"/> 上午 10 點-下午 1		
<input type="checkbox"/> 下午 1 點-下午 4 點	<input type="checkbox"/> 下午 4 點-晚上 7 點		
您的郵寄地址：(街道/郵政信箱，城市州，郵政編碼)			
歧視原因：		所指稱事件的發生日期：	
<input type="checkbox"/> 種族	<input type="checkbox"/> 膚色	<input type="checkbox"/> 原國籍 (包括英語水平有限)	
涉嫌對您有歧視行為的人員姓名、地址和電話號碼。			
名称	城市	州	邮政编码 电话号码

第 VI 章相關事宜投訴表

請說明發生了什麼事情、為什麼您相信發生了這件事情，以及您如何受到歧視。指出事件涉及的人員。確保包括您為何感覺所受待遇與他人不同。如果有其他任何事件相關信息，請將支持性文件附在本表中。

請填寫本表第 3 頁

第 VI 章相關事宜投訴表

附加信息

對於所指稱的歧視事件，您尋求獲得何種補救措施？請注意，此過程不會導致懲罰性賠償或經濟補償。

列出我們應該聯繫的任何其他人員，以便獲得額外信息支持您的投訴。請提供他們的電話號碼、地址、電子郵件地址等。

名称	城市	州	邮政编码	电子邮件地址	电话号码
----	----	---	------	--------	------

列出您是否已通過其他任何機構提交過同一投訴：

名称	州
----	---

簽名：（必填）

日期：

第 VI 章相關事宜投訴表

Washington State Department of Transportation 第六章相關事宜投訴程序

如果您認為因種族、膚色或原國籍而受到歧視，您有權在該指稱事件發生後 180 天內向 WSDOT 提交正式投訴。如

何提交投訴

1. 填寫「第 VI 章相關事宜投訴表」，回答每個問題。
2. 將以下表格返回至：
 - Washington State Department of Transportation Office of Equity and Civil Rights, Att: Complaints Box 4734, Olympia WA 98504-7314
 - 或發送電子郵件至：oeoecrbcomplaints@wsdot.wa.gov

收到投訴表後，我們將對本表進行審核以確保其填寫完整。確認接收通知將於十 (10) 個工作日內下達。隨後，投訴將透過華盛頓州交通部公平和民權辦公室轉至聯邦資助機構。

聯邦資助機構負責決定是否應該受理（和調查）、駁回投訴案件，又或者將其轉交給其他機構。聯邦資助機構決定受理、駁回或轉交投訴後，會將有關該投訴的進展狀態通知投訴人以及 其他代理機構（視情況而定）。

這些程序不會剝奪您直接向聯邦資助機構提出正式投訴的權利，也不會剝奪您就歧視指控投訴尋求私人律師的權利。聯邦法律禁止任何形式的恐嚇或報復行為。

這些程序涵蓋所有根據 1964 年《民權法案》第 VI 章修訂版以及 1987 年《民權恢復法》之規定，與 WSDOT Washington State Department of Transportation 以及其次級受贈機構、顧問和承包商所管理的任何與計畫、服務或活動有關的投訴