

Địa hạt Không khí Vùng Vịnh
TIÊU ĐỀ VI và
Các Đạo Luật của Liên Bang và Tiểu Bang
Mẫu Đơn Khiếu Nại Hành Vi Phân Biệt Đối Xử

Tên:				
Địa Chỉ:				
Điện Thoại (Nhà Riêng/Di Động):				
Điện Thoại (Cơ Quan):				
Địa Chỉ Email:				
Đâu là thời gian thuận tiện nhất để chúng tôi liên hệ với quý vị về khiếu nại này?				
Các Yêu Cầu Về Định Dạng Dễ Truy Cập? (vui lòng chọn tất cả tùy chọn phù hợp)	☐ Bản In Cỡ Lớn	☐ TDD	☐ Bảng Từ Ghi Âm	Khác:
Có phải quý nộp đơn khiếu nại này cho mình không?			☐ Có	☐ Không
Nếu quý vị trả lời “Không”, vui lòng cho biết tên, địa chỉ, số điện thoại và mối quan hệ với người mà quý vị nộp đơn khiếu nại thay:				
Vui lòng giải thích lý do tại sao quý vị nộp đơn thay mặt cho người này:				
Quý vị đã nhận được sự cho phép của người khiếu nại nếu quý vị thay mặt họ nộp đơn?			☐ Có	☐ Không
Cơ Sở của (các) Hành Động Phân Biệt Đối Xử: _____CHUNG TỘC _____GIỚI TÍNH _____MÀU DA _____NGUỒN GỐC QUỐC GIA/TỔ TIỀN _____TÌNH TRẠNG CỰU CHIẾN BINH _____TÍN NGƯỠNG _____TÔN GIÁO _____TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT _____TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN _____THÔNG TIN DI TRUYỀN _____TUỔI TÁC _____BỆNH TRẠNG _____TRẢ ĐŨA _____ĐE DỌA _____CÁC CƠ SỞ ĐƯỢC BẢO VỆ KHÁC: _____				
(Các) ngày xảy ra hành vi phân biệt đối xử bị cáo buộc (Tháng, Ngày, Năm). Vui lòng nêu cả ngày phân biệt đối xử lần đầu và ngày phân biệt đối xử gần đây nhất:				

Khiếu nại phải được gửi trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc.

Vui lòng giải thích rõ nhất có thể điều gì đã xảy ra và lý do tại sao quý vị cho rằng đã xảy ra hành vi phân biệt đối xử liên quan đến chương trình hoặc hoạt động của Cơ Quan Quản Lý Chất Lượng Không Khí Vùng Vịnh (Bay Area Air Quality Management District, BAAQMD). Vui lòng cho biết địa điểm xảy ra hành vi vi phạm bị cáo buộc và mô tả bản chất của hành động, quyết định hoặc điều kiện của hành vi phân biệt đối xử bị cáo buộc.

Vui lòng cho biết tên của (các) phòng ban BAAQMD hoặc chương trình/hoạt động mà quý vị cho rằng chịu trách nhiệm về (các) hành động phân biệt đối xử đó:

Vui lòng bổ sung tên và thông tin liên hệ của (những) người đã có hành vi phân biệt đối xử với quý vị (nếu biết) cũng như tên và thông tin liên hệ của bất kỳ nhân chứng nào mà chúng tôi có thể liên hệ để biết thêm thông tin nhằm hỗ trợ hoặc làm rõ khiếu nại của quý vị. (Vui lòng đính kèm thêm các trang khác, nếu cần.)

Tên

Địa chỉ

Số điện thoại

Quý vị có thể đính kèm bất kỳ văn bản hoặc thông tin nào khác mà quý vị cho rằng có liên quan đến khiếu nại của mình. Xin lưu ý rằng BAAQMD không thể chấp nhận đơn khiếu nại của quý vị nếu không có chữ ký của quý vị.

Chữ Ký của Người Khiếu Nại: _____

Ngày: _____

Vui lòng gửi thư hoặc gửi email mẫu đơn đã điền và ký tên của quý vị tới:

Cán bộ chống phân biệt đối xử

Kimberly Leefatt

Cán bộ Văn phòng Quyền Công dân

Địa hạt Không khí Vùng Vịnh

375 Beale Street, Suite 600

San Francisco, CA 94105

415.749.4610

Non-discriminationcoordinator@baaqmd.gov

Khiếu nại phải được gửi trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc.