

灣區航空區  
第六章及相關內容  
聯邦和州法規  
歧視投訴書

姓名：				
地址：				
電話（住家/手機）				
電話（工作）：				
電子郵件地址：				
我們何時最方便與您聯絡討論此投訴？				
無障礙格式要求？ （請勾選所有適用選項）	<input type="checkbox"/> 大字體	<input type="checkbox"/> 失聰者電信設備 (TDD)	<input type="checkbox"/> 錄音帶	其他：
您是代表自己提出這項投訴嗎？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您回答「否」，請提供您要為其提出此投訴之人的姓名、地址、電話號碼及對方與您的關係：				
請解釋您為何代表此人提出投訴：				
如果您是代表他人提出投訴，您是否已獲得投訴者許可？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
歧視行為的依據：				
___ 種族	___ 性別	___ 膚色		
___ 民族/血統	___ 退伍軍人身分	___ 信仰		
___ 宗教	___ 身心障礙	___ 婚姻狀況		
___ 基因資訊	___ 年齡	___ 醫療狀況		
___ 報復	___ 恐嚇			
___ 其他受保護的依據： _____				
所指控的歧視日期（年月日）。請註明最早的歧視日期和最近的歧視日期：				

投訴必須在您指控之歧視行為發生後的180天內提出。

請盡可能清楚解釋發生了什麼事，以及您為何認為在BAAQMD計劃或活動中發生了歧視。請提供所指控違規的地點，並描述所指控歧視的行為、決定或條件的性質。

---

---

---

---

---

---

---

---

請提供您指控應為歧視行為負責之BAAQMD部門或計劃/活動的名稱：

請包含歧視您的人的姓名和聯絡資訊（如果您知道）；以及我們可能聯絡以取得額外佐證或澄清您投訴之任何證人的姓名和聯絡資訊。（如有需要，請寫在其他紙張附上。）

姓名

地址

電話

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

您可以附上您認為與您投訴相關的任何書面材料或其他資訊。請注意，如果沒有您的簽名，BAAQMD將無法受理您的投訴。

投訴人簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

請將您已填妥並簽名的投訴書郵寄或以電子郵件寄給：

反歧視協調員

Kimberly Leefatt

民權辦公室官員

灣區航空區

375 Beale Street, Suite 600

San Francisco, CA 94105

415.749.4610

[Non-discriminationcoordinator@baaqmd.gov](mailto:Non-discriminationcoordinator@baaqmd.gov)

投訴必須在您指控之歧視行為發生後的180天內提出。