

**Bay Area Air District
PAMAGAT VI at Mga Kaugnay na
Kautusan ng Pederal at Estado
Form para sa Reklamo sa Diskriminasyon**

Pangalan:			
Address:			
Telepono (Bahay/Cell):			
Telepono (Trabaho):			
Email Address:			
Kailan pinakamainam sa iyo na makipag-ugnayan kami tungkol sa reklamong ito?			
Mga Kinakailangan sa Accessible na Format? (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)	☐ Malaking Print	☐ TDD	☐ Audio Tape
			Iba pa:
Inihahain mo ba ang reklamong ito sa ngalan mo?		☐ Oo	☐ Hindi
Kung "Hindi" ang isinagot mo, ibigay ang pangalan, address, numero ng telepono, at ugnayan mo sa kung para kanino inihahain ang reklamong ito:			
Ipaliwanag kung bakit ikaw ang naghahain sa ngalan ng taong ito:			
Nakuha mo ba ang pahintulot ng nagrereklamong tao kung naghahain ka para sa kanya?		☐ Oo	☐ Hindi
Batayan ng (Mga) Mapandiskriminang Pagkilos:- ____ LAHI ____ KASARIAN ____ KULAY ____ PINAGMULANG BANSA/NINUNO ____ KATAYUAN BILANG BETERANO ____ PANINIWALA ____ RELIHIYON ____ KAPANSANAN ____ KATAYUAN SA PAG-AASAWA ____ IMPORMASYON NG GENETICS ____ EDAD ____ MEDIKAL NA KUNDISYON ____ PAGHIHIGANTI ____ PANLILIGALIG ____ IBA PANG PINOPROTEKTAHANG BATAYAN:			
(Mga) petsa ng pinaghihinalang diskriminasyon (Buwang, Araw, Taon). Isama ang pinakaunang petsa ng diskriminasyon at ang pinakakamakailang petsa ng diskriminasyon:			

Dapat maihain ang mga reklamo sa loob ng 180 araw pagkatapos ng pinaghihinalang diskriminasyon.

Idetalye ang nangyari at kung bakit sa palagay mo ay nagkaroon ng diskriminasyon kaugnay ng isang programa o aktibidad ng BAAQMD. Ibigay ang lokasyon ng pinaghihinalaang paglabag at ilarawan ang uri ng pagkilos, pasya, o mga kundisyon ng pinaghihinalaang diskriminasyon.

Ibigay ang (mga) pangalan ng departamento o programa/aktibidad ng BAAQMD na para sa iyo ay gumawa ng (mga) mapandiskriminang pagkilos:

Isama ang pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng (mga) taong nandiskrimina sa iyo (kung kilala mo) pati ang mga pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng sinumang saksi na puwede naming makaugnayan para sa karagdagang impormasyon para masuportahan o mabigyang linaw ang iyong reklamo. (Maglakip ng mga karagdagang sheet kung kinakailangan.)

Pangalan

Address

Telepono

Puwede kang maglakip ng anumang nakasulat na materyales o iba pang impormasyon na sa palagay mo ay nauugnay sa iyong reklamo. Pakitandaang hindi matatanggap ng BAAQMD ang iyong reklamo kung wala itong lagda mo.

Lagda ng Nagrereklamo: _____

Petsa: _____

Ipadala sa pamamagitan ng koreo o i-email ang iyong nakumpleto at nalagdaan nang form sa:

Opisyal na walang diskriminasyon

Kimberly Leefatt

Opisyal ng Opisina ng mga

Karapatang Sibil

Bay Area Air District

375 Beale Street, Suite 600

San Francisco, CA 94105

415.749.4610

Non-discriminationcoordinator@baaqmd.gov

Dapat maihain ang mga reklamo sa loob ng 180 araw pagkatapos ng pinaghihinalaang diskriminasyon.