



METROPOLITAN
TRANSPORTATION
COMMISSION

Bay Area Metro Center
375 Beale Street, Suite 800
San Francisco, CA 94105
415.778.6700
www.mtc.ca.gov

都市交通委員會 (MTC) 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 I 節：				
姓名：				
地址：				
電話（家庭）：		電話（工作）：		
電子郵件地址：				
要求便利格式？ 勾選所有適用的項目。	<input type="checkbox"/>	大印刷字體	<input type="checkbox"/>	錄音磁帶
	<input type="checkbox"/>	TDD	<input type="checkbox"/>	其他
第 II 節：				
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 III 節。				
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 III 節：				
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
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為什麼認為自己受到歧視。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 IV 節：				
您以前是否曾經在本機構提交過 Title VI 申訴？	是		否	
第 V 節：				
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。		聯邦機構		州機構
		聯邦法院		地方機構
		州法院		

您可以隨附任何您認為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（MTC）不能接受您的申訴。

請將本申訴表寄至：

Metropolitan Transportation Commission
 Deputy Executive Director, Operations
 Bay Area Metro Center
 375 Beale Street, Suite 800
 San Francisco, CA 94105
 傳真：(415) 536-9800
 電子郵件：afremier@bayareametro.gov