

**第 VI 章投诉表格**  
**德克萨斯州哈里斯郡城市交通运输局(地铁公司)**  
**平等就業機會辦公室办公室**

根据 1964 年修订的民权法案第 VI 章中的规定, 德克萨斯州哈里斯郡城市交通运输局(地铁公司)承诺不会因为种族、肤色或国籍歧视拒绝任何人参与或享受其提供的服务。“第 VI 章”投诉须在指控歧视之日起的 180 日内递交。

请填写以下信息, 这有助于我们处理您的投诉。若您在填写表格时需要帮助, 请拨打(713)

652-8658 联系第 VI 章中指定的协调员。表格填好后须寄回 METRO EEO Office, Title VI Coordinator, 1900 Main Street, P.O. Box 61429, Houston, TX 77208-1429.

姓名:	联系电话:
街道地址:	备用电话:
	国家、城市和邮政编码
遭歧视者(若非投诉者本人): 姓名:	
国家、城市、街道地址和邮政编码:	

以下哪项最能说明指控歧视的原因?(请选择其中一项)

- 种族
- 肤色
- 国籍 (英语能力有限)

事发日期:

事发时间:

请您描述所指控的歧视事件。请提供对该事件负有责任的所有地铁公司员工的姓名和职位。请解释发生了什么, 您认为谁该对此事负责以及其他具体的相关信息。如果该页空白不够可使用表格的下一页。

---



---



---



---



---

(完整的表格下一页)

---



---

**第 VI 章投诉表格**  
**德克萨斯州哈里斯郡城市交通运输局(地铁公司)**  
**平等就業機會办**  
**公室**

请描述所指控的歧视事件(接上一页) \_\_\_\_\_

打印或输入投诉人姓名

您是否也向其他任何联邦、州或地方机构进行了该投诉?(选择其中一项)

是       否

如果投诉了,请在下方列出(这些)投诉机构的联系信息

机构名称: \_\_\_\_\_ 联系人姓名: \_\_\_\_\_  
国家、城市、街道地址和邮政编码: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

机构名称: \_\_\_\_\_ 联系人姓名: \_\_\_\_\_  
国家、城市、街道地址和邮政编码: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

我申明我已阅读上述指控,据我所知,上述指控属实。

\_\_\_\_\_  
投诉人签字

\_\_\_\_\_  
日期

受理日期: \_\_\_\_\_

受理人: \_\_\_\_\_