

Title VI 第六章申诉程序

由于联邦资金接受者，Drivers for Survivors, Inc. 是必须遵守 1964 年民权法第六章，并确保服务和福利上提供一个无歧视的基础。Drivers for Survivors, Inc. 老人护理已经有一套第六章申诉程序，其中概述了第六篇投诉当地处置流程，并与联邦运输管理局通告 4702.1B 发现指南一致，日期为 2012 年 10 月 1 号。

任何人谁相信他或她受到歧视种族，肤色或国籍被 Drivers for Survivors, Inc. 可以填写并提交该机构的第六章申诉表格提交第六篇投诉的基础上。Drivers for Survivors, Inc. 老人护理接受调查指称的事件发生后不超过 180 天的投诉。Drivers for Survivors, Inc. 老人护理将只处理那些完整的投诉。

在收到投诉后 10 个工作日内，Drivers for Survivors, Inc. 将审查它来确定，如果我们的办公室有管辖权。投诉人会收到一封确认信，通知她/他是否会投诉我们的办公室进行调查。Drivers for Survivors, Inc. 老人护理有 30 天的调查投诉。投诉人将以书面的事业通知任何计划延长到 30 天规则。

如果需要更多信息来解决的情况下，Drivers for Survivors, Inc. 工作人员可以联系投诉人。投诉人从信的日期 10 个工作日内发送请求的信息分配给案件调查人员。如果调查员没有被投诉人接触或不接收在 10 个工作日内附加信息生命 Drivers for Survivors, Inc. 可以通过管理结案。

我们完全可以通过管理也关闭，如果投诉人不再希望追求自己的情况。之后，研究者回顾了投诉，他/她将发行两封信给一个

投诉人：一个封闭的字母或发现（LOF）的一封信。一个闭包信总结了指控，并指出，没有一个标题 VI 违规，该案件将被关闭。一个

LOF 总结的指控以及关于被指控的事件的采访，并解释

是否有任何纪律处分，该工作人员的额外培训，或采取其他行动的意愿

发生。如果投诉人希望上诉的决定，他/她有字母或 LOF 之日起这样做后 10 个工作日。

一个人也可以直接与联邦交通管理局提出申诉，在民权自由贸易区办事处，1200 新泽西大街 SE，华盛顿特区 20590。(Federal Transit Administration, at FTA Office of Civil Rights, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590)

标题六(Title VI)投诉表格

投诉表格

第一部分：请用英文填写以下内容；		
1. 姓名：		
2. 地址：		
3. 电话：	3. 其他电话（选填）：	
4. 邮箱地址：		
5. 可以接受何种回访方式？	<input type="checkbox"/> 信件	<input type="checkbox"/> 电话录音
	<input type="checkbox"/> 网络联系	<input type="checkbox"/> 其他
第二部分		
6. 请问您是否代表您本人填写这份投诉表格？	是*	否
*如果您在第六题回答“是”，则请到第三部分答题。		
7. 如果您在第六题回答“否”，则请问您是代表谁填写这份表格？		
姓名：		
8. 您与这位先生（女士）的关系是：		
9. 请解释您向第三方申请投诉的原因：		
10. 请问您是否已获得代表受害方的授权文件	是	否
第三部分：		
11. 我认为我所受到的歧视是属于（可多选）：		
<input type="checkbox"/> 种族	<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 原国籍
12. 遭受歧视的日期：（月/日/年）		
13. 请简述您遭受歧视的原因与经过，并描述出所有与此次事件有关人员、相关目击证人的姓名与联系信息（假如您知道）。如需更多空白位置，请随附纸张。		

标题六 (Title VI) 投诉表格 第二页

投诉表格

第四部分:		
14. 请问您是否曾经申请过向 Drivers for Survivors, Inc. 中心提交过投诉?	是	否
第五部分:		
15. 您是否曾将这个投诉提交给其他联邦、州、或地方机构, 或者任何联邦或州法院? [] 是* [] 否		
如是, 请填写您所提交的部门:		
[] 联邦机构 _____	[] 州政府机构 _____	
[] 联邦法院 _____	[] 地方机构 _____	
[] 州法院 _____		
16. 如您在第 15 题回答“是”, 请提供您提交申请的该机构/法院的联系人信息。		
姓名:		
职位:		
机构名称:		
地址:		
电话:	邮箱:	
第六部分:		
投诉被驳回的代理机构名称:		
联系人:		
电话:		

您可随附任何有关于此投诉的书面材料或相关信息。

您需要在以下位置签名与填写日期:

签名 _____

日期 _____

请将此表格提交或邮寄到以下地址:

Drivers for Survivors, Inc. Executive Director
39270 Paseo Padre Pkwy., #355, Fremont, CA 9453