

Title VI □ □ □ □ 诉 □ □

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 (Title VI) 诉

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