

# RIDE CONNECTION

## 第六篇投诉表

1964 年《民权法案》第六篇要求“在美国，接受联邦财政援助的任何项目或活动中，任何人都不得因种族、肤色或原国籍等因素而被剥夺参与项目或活动或享受应得利益的权利，也不应遭受歧视。”

以下信息是帮助我们处理您的投诉所必需的。如果您在填写此表格时需要任何帮助或需要其他格式的信息，请告知我们。

**请填写此表格，并邮寄至或亲自送至：Ride Connection Inc., Chief Quality Assurance & Compliance Officer, Mike Mullins, 9955 NE Glisan Street, Portland, OR 97220.**

### 第一部分：

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话（住宅）： \_\_\_\_\_ 电话（工作）： \_\_\_\_\_

电子邮件地址： \_\_\_\_\_

无障碍格式要求？

无障碍格式要求？

大字体版本       录音带

失聪者用通讯设备       其他： \_\_\_\_\_

### 第二部分：

您是代表自己提出此投诉吗？

是\*       否

\*如您对此问题的回答为“是”，请转到第三部分。

如果不是，请说明您为谁提交的投诉，以及此人姓名和与您的关系：

\_\_\_\_\_

请说明您为何要为第三方提交投诉：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

如果您代表第三方提交投诉，请确认您是否已获得受损害方的许可。

是       否

**第三部分：**

我认为自己受到了下列方面的歧视（请勾选所有适用项）：

- 种族                       肤色                       原国籍
- 其他： \_\_\_\_\_

指控的歧视行为发生的日期（月，日，年）： \_\_\_\_\_

尽可能清楚地说明所发生的事情，以及您为何认为自己受到歧视。说明牵涉到的所有人员。包括歧视您的人员的姓名和联系方式（如果您知道），以及任何目击者的姓名和联系方式。如需更多空间，请使用本表格的背面填写。

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

我认为自己受到了下列方面的歧视（请勾选所有适用项）：

- 种族                       肤色                       原国籍

指控的歧视行为发生的日期（月，日，年）： \_\_\_\_\_

**第四部分：**

您之前是否曾向 Ride Connection 提起过第六篇投诉？

- 是                       否

**第五部分**

您是否向任何其他联邦、州、地方机构或联邦或州法院提出过此投诉？

- 是                       否

如果是，请勾选所有适用项：

- 联邦机构    联邦法院       州机构
- 州法院       地方机构： \_\_\_\_\_

请提供关于收到投诉的机构/法院中的联系人的信息。

姓名: \_\_\_\_\_

职衔: \_\_\_\_\_ 机构: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

**第六部分**

投诉的机构名称: \_\_\_\_\_

联系人: \_\_\_\_\_

职衔: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

您可随附您认为与您的投诉有关的任何书面材料或其他信息。

**请在下方签名，并注明日期。**

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

请亲自送交此表格，或邮寄至：

Ride Connection  
Attn: Chief Quality Assurance & Compliance Officer  
9955 NE Glisan Street  
Portland, OR 97220