罗德岛公共交通管理局

第 VI 篇 投诉表格

RIPTA（罗德岛公共交通管理局）致力于确保任何人都不会因种族、肤色或族裔血统而被取消获得服务的资格，或被剥夺其接受福利的权利，如 1964 年《民权法案》第 VI 篇（经修订）所规定。**根据第 VI 篇的投诉必须在所指称歧视之日起 180 天内提出。**

必须提供以下信息以帮助我们处理您的投诉。如果您在填写此表格时需要任何帮助，请致电 (401) 781-9400 联系客户服务部。填妥的表格必须通过电子邮件返回给 RIPTA：jwilliford@ripta.com 或邮寄至：
705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907，收件人：Legal Compliance Counsel。

您的姓名：	电话：	备选电话：
街道地址：	城市、州、邮政编码	
受歧视者(如非投诉人)： 姓名：		
街道地址、城市、州和邮政编码：		

以下哪一项最能描述所指称歧视发生的原因？（选择一项）　　事发日期：

_____ 种族
_____ 肤色
_____ 族裔血统（英语水平有限）

请描述所指称的歧视事件。提供所有相关 RIPTA 员工的姓名和头衔（如果有）。请提供尽可能详细的信息：路线号、日期和时间、巴士号、姓名和证人联系方式。解释发生的事件以及您认为应对此负责的人员。如需额外空间，请使用本表格背面。

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

请填写表格反面

RIPTA 第 VI 篇 投诉表格

请描述所指称的歧视事件（续）

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

您是否已向任何其他联邦、州或地方机构提出投诉？（圈选一项）是/否

如果是，请在下面列出该机构和联系信息：

机构：_____联系人姓名：_____

街道地址、城市、州和邮政编码：_____

_____

Phone: _____

机构：_____联系人姓名：_____

街道地址、城市、州和邮政编码：_____

_____

Phone: _____

本人确认已阅读上述指控，并就本人所知及所信，所述属实。

投诉人签名　　日期

印刷体书写或键入投诉人姓名

接收日期：

接收人：_____