



歧视投诉表

请提供以下信息以便我们处理您的投诉。本表有特殊版式以及多语种版本可供选择。如您
需要此类版本或其它任何协助以填写投诉信息，请联系我们。

姓名：_____

地址：_____

电话号码：（家）_____（工作）_____（手机）_____

电子邮件地址：_____

请说明投诉歧视的性质：

1964年颁发的民权法案第六章保护的类别：

种族 肤色 国籍（包括有限的英文水平）

相关的联邦和/或州法律/条例保护的其它类别：

残障 年龄 性别 性取向 宗教

祖籍 社会性别 族群 性别认同 性别表达

教义 退伍军人 背景
身份

您投诉的歧视受害者是谁？

本人 第三方个人 一个类别的人士

您投诉的歧视的个人和/或组织的姓名或名称：

您同意让调查人员同其他相关方共享您的姓名和其它个人信息以协助调查并解决投诉吗？

是 否

请描述您的投诉。您在描述中应提供细节信息，如姓名、日期、时刻、证人以及其它任何有助于我们调查您所投诉的信息。请提供任何其它与本投诉相关的证明材料。您可另页附上您对投诉的解释。

您向其它机构（联邦、州或当地机构）提交过本投诉吗？

是 否

如投诉过，请说明：_____

您对本投诉提起过诉讼吗？

是 否

如果提起过诉讼，请提交一份诉讼副本。

签名：_____ 日期：_____

邮寄地址:

Title VI Specialist,
Boston Region
Metropolitan Planning
Organization, 10 Park
Plaza, Suite 2150,
Boston, MA 02116

Title VI Coordinator,
MassDOT Office of
Diversity and Civil
Rights, Suite 3800, 10
Park Plaza, Boston, MA
02116

电子邮件:

civilrights@ctps.org

MassDOT.CivilRights@
state.ma.us

或