



(由 EEO 工作人员完成)

收到者：\_\_\_\_\_

接收日期：\_\_\_\_\_

投诉编号：\_\_\_\_\_

## 第 VI 标题投诉表格

MTA 巴士公司 (MTABC) 致力于提供非歧视性服务, 以确保没有人在受服务时被排除参与, 或被剥夺利益, 或因为 1964 年“民权法案”第六章所保护的种族, 肤色或国籍而遭歧视。

如果您认为自己受到歧视, 请提供以下必要信息 便于处理您的投诉。如果需要协助填写表格, 或者您有疑问, 请不要犹豫, 致电MTABC平等就业机会 (EEO) 和多样性办公室 (718) 330-1234 or 511。表格填好后, 将签名并注明日期的文本送至:

**MTA BUS COMPANY  
CHIEF EEO OFFICER  
OFFICE OF EQUAL EMPLOYMENT OPPORTUNITY  
2 BROADWAY, ROOM D30.11  
NEW YORK, NY 10004  
(718) 330-1234 or 511**

为了保护您的权利, 您的投诉必须在指称的歧视日期的 180 天内提交。未能在 180 天内提交申请可能会导致投诉被驳回。

除了向MTA 巴士公司(MTABC) 提出申诉的权利外, 您还有权向联邦运输管理局, 公民权利办公室投诉。投诉地址: Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, Attention: Complaint Team, East Building 5<sup>th</sup> Floor-TCR, 1200 New Jersey Avenue, SE, Washington, DC 20590. 但是, 请注意, 如果您向任何法院或行政机构提出申诉, 如美国平等就业机会委员会 (EEOC)、纽约州人权司 (NYS DHR) 或任何其他外界社媒或机构。MTABC EEO 和多样性办公室将在行政程序上中止您的投诉, 并将此事移交给MTABC的法律部门处理。

(请打印或输入)

名字: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_

主页/细胞编号: \_\_\_\_\_ 工号: \_\_\_\_\_

电子邮件地址: \_\_\_\_\_

家庭地址: \_\_\_\_\_

您是否代表自己提交此投诉?  没有  是

如果您代表其他人提交申请, 请说明此申诉的对象以及您与这个人的关系:

\_\_\_\_\_

---

如果适用，请解释您提交第三方投诉的原因: \_\_\_\_\_

---

事件发生在哪里？（巴士号码·交叉路口·巴士站位置）: \_\_\_\_\_

---

发生日期和时间: \_\_\_\_\_

---

表明员工的徽章编号: \_\_\_\_\_

您是基于什么来指控歧视或骚扰？（选中下面适用的所有方框）

种族                       颜色                       民族起源                       报复

其他（解释）: \_\_\_\_\_

如果适用于此投诉，请指出您的种族·肤色或国籍: \_\_\_\_\_

详细描述所谓的事件并解释您认为自己受到歧视的原因。描述所有涉嫌骚扰或歧视的人包括任何证人：（请打印清晰，必要时使用额外的纸张）

---

*\*您可以附上您认为与您的投诉相关的任何书面材料或其他信息（即您的投诉的文本或数字）MetroCard 在事件当天使用，照片或录音*

您是否向外部机构提交了此投诉？  没有                       是

如果是，您向哪个机构提交了此投诉: \_\_\_\_\_

您之前是否已向 MTA 巴士公司 EEO 办公室提出投诉？  没有                       是

如果是，请解释: \_\_\_\_\_

**肯定**

我在此确认，我在本标题 VI 投诉表中提供的信息是真实和正确的。

---

投诉人签名

日期