



**PORT OF OAKLAND**

第六篇 / 第 504 節 / ADA 法案和相關法規  
歧視投訴表

限辦公室填寫：

日期：\_\_\_\_\_

審核者姓名簡簽：\_\_\_\_\_

投訴人姓名：

\_\_\_\_\_

住家電話號碼：

\_\_\_\_\_

辦公室電話號碼：

\_\_\_\_\_

郵寄地址：

\_\_\_\_\_

若我們要就此投訴與你聯繫，何時最方便？

\_\_\_\_\_

歧視行為基本要素：

\_\_\_\_\_ 種族 \_\_\_\_\_ 膚色 \_\_\_\_\_ 國籍 \_\_\_\_\_ 宗教信仰

\_\_\_\_\_ 性別

\_\_\_\_\_ 年齡

\_\_\_\_\_ 身心障礙

聲稱歧視行為的日期和地點。請提供最早發生歧視的日期和最近發生歧視的日期：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

你如何受到歧視？描述聲稱歧視的行為、決定或條件的性質。盡可能清楚地解釋發生了什麼事，以及為什麼你認為你的受保護身份是遭到歧視的一個因素。包括其他人的待遇與你有何不同。（如有必要，可附加更多頁）。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

表現有歧視行為的個人姓名：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

我們可與其聯繫者（證人、同事、主管或其他人）的姓名，以便我們取得支持或澄清你投訴的額外資訊：（如有必要，可附加更多頁）。

**姓名**

**地址**

**電話**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

投訴人簽名

日期