

《美国残疾人法案 (ADA) 》 / 《民权法案第六章》 投诉表



本表格旨在帮助您根据《美国残疾人法案 (ADA) 》、《康复法案》或《1964年民权法案第六章》（以下简称“民权法案第六章”）来填写一份投诉。《美国残疾人法案》和《康复法案》禁止因残疾原因而歧视他人。民权法案第六章禁止因种族、肤色或国籍的不同而歧视他人。其他法律则禁止因性别、年龄、性取向、性别认定、宗教和收入来源而歧视他人。

您可以针对一座城市、一家市属承包商或市属联邦基金资助机构提出投诉。所有投诉必须在涉嫌行为发生后180日内提出，或按照以下格式提交一份弃权声明。

请将所有投诉发送至：
ADA/Title VI Program Manager
1120 SW 5th Avenue, Room 1204
Portland, OR 97204
Title6complaints@portlandoregon.gov

本投诉为一项行政流程，并不提供补偿性损失或惩罚性损失。

市政流程不具排他性。已向本市投诉的人员仍可向其他州、联邦政府机构或法庭提出投诉。其他机构在投诉申请上可设有时限。通常，联邦政府机构要求在歧视发生之日起180日内提出投诉。

1. 投诉人姓名和地址。

姓名:

地址:

城市: 州: 邮政编码:

家庭电话: 工作电话: 移动电话:

今日日期:

2. 被歧视者（若不同于上文）。

姓名:

地址:

城市: 州: 邮政编码:

家庭电话: 工作电话: 移动电话:

3. 涉嫌歧视行为的城市部门、承包商或附属机构。

姓名:

地址:

城市: 州: 邮政编码:

家庭电话: 工作电话: 移动电话:

4. 指明您所认定的该歧视行为发生的原因。

种族/肤色 国籍 残疾 其他

5. 该事件是在何时何处发生的?

6. 请尽量明确地介绍事件发生的过程、涉及人员、您认为该事件发生的原因、以及您（或他人）受到了怎样的歧视。（如有必要，请另附纸张，并附上与您的投诉相关的任何书面材料的副本。）

7. 投诉人签名和日期（我们不接受未签名的投诉文件）。

打印姓名

签名

如果您无法签字，请打印姓名或授权他人代签。

代表投诉人签字的人员姓名。