



民权法案第六条款和美国残疾人法案投诉表格

姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_
通信地址: \_\_\_\_\_
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_
电话号码: \_\_\_\_\_ 备用电话号码: \_\_\_\_\_
邮箱地址: \_\_\_\_\_

请描述您要投诉的受歧视缘由:

- 种族 \_\_\_\_\_ 出生国 \_\_\_\_\_
肤色 \_\_\_\_\_ 残疾 \_\_\_\_\_

所指控的歧视行为发生的日期和地点。请说明歧视行为发生的最早日期和最近日期。

[Empty text box for discrimination details]

您是如何遭受歧视的？请描述受指控歧视行为的具体性质、决定或条件。请尽可能清晰地阐述事件经过以及为何您认为您受保护身份（上述缘由）是导致歧视的原因。请描述您是如何被区别对待的。（如有需要，请附加额外页面）。

[Empty text box for discrimination description]

法律禁止向因维护受法律保护的权利而采取个人行动或参与行动的个人进行恐吓或报复。如果您认为自己受到了报复，并且与上述的歧视行为无关，请在下面说明具体情况。具体描述您采取的何种行动导致了您投诉的报复行为。

[Empty text box for retaliation details]



歧视行为责任人的姓名：

[Empty text box for name of person responsible for discriminatory act]

可用联系人的姓名（证人、同事、主管或其他人），以方便我们获取支持或澄清您的投诉的其他信息：（如有需要，请附加额外页面）。

	姓名	邮箱地址	电话
1.			
2.			
3.			
4.			

您是否已经提交或打算向以下任何机构提出与所提问题相关的投诉？如果是，请注明提交日期。勾选所有适用的选项。

- 美国交通部 \_\_\_\_\_
- 联邦公路管理局 \_\_\_\_\_
- 联邦交通管理局 \_\_\_\_\_
- 联邦合同合规办公室 \_\_\_\_\_
- 美国平等雇佣机会委员会 \_\_\_\_\_
- 美国司法部 \_\_\_\_\_
- 其他 \_\_\_\_\_

您是否与任何得克萨斯州交通部工作人员讨论过投诉？如果是，请提供工作人员的姓名、职务和讨论日期。

[Empty text box for discussion with DOT staff]



请简要说明您对所指控的歧视行为寻求的补救措施或行动。

[Empty text box for remedial measures]

如适用，请提供任何额外信息和/或照片，以协助调查。

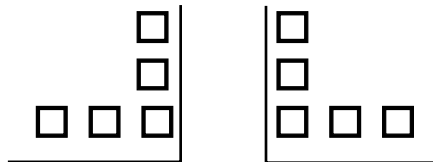
[Empty text box for additional information]

如仅限于美国残疾人法案投诉，请提供以下信息：

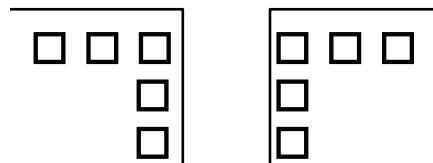
如适用，请提供涉及违反无障碍要求的设施的描述以及确切位置。

[Empty text box for facility description]

街道名称: \_\_\_\_\_



街道名称: \_\_\_\_\_





# 民权法案第六条款和美国残疾人法案投诉表格

Form 2193-ZH  
(Rev. 06/24)  
Page 4 of 4

请提供意见，建议或其他信息，以帮助我们为您提供更好的服务。

我们不接受未经签名的投诉案件。请在下方投诉表格上签名并注明日期。

\_\_\_\_\_  
投诉人签名

\_\_\_\_\_  
日期

**提交至电子邮件地址**

传真地址: 512-486-5539

请将签名表格邮寄至得克萨斯州运输部民权司

邮寄地址: 125 E. 11th Street, 奥斯汀, 得克萨斯 78701

### FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: \_\_\_\_\_ Case #: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_ Date Referred: \_\_\_\_\_

Referred to:  USDOT  FHWA  FTA  OFCCP  Other \_\_\_\_\_