PORT OF OAKLAND

第六篇 / 第 504 條款 / ADA 法案和相關聯邦和州政府法規
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： _____	工作電話號碼： _____

郵寄地址：

_____

若我們要就此投訴與你聯繫，何時最方便？

_____

歧視行為依據：

____ 種族	____ 性別	____ 婚姻狀態
____ 膚色	____ 原國籍／血統	____ 兵役狀態
____ 宗教／信仰	____ 身體／心理障礙	____ 遺傳資訊
____ 年齡	____ 醫療狀況	____ 報復

聲稱歧視行為的發生日期和地點。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？描述聲稱歧視行為、決定或狀況的性質。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分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)

_____

_____

_____

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