



旧金山湾区捷运区  
第六章申诉表格

申诉人姓名		住宅电话
家庭地址 州	城市, 街道	邮编 工作电话
种族/族群	性别	电子邮件地址
受歧视人 (如果非申诉人)		住宅电话
家庭地址 州	城市, 街道	邮编 工作电话

1. 歧视的具体根据 (请勾选相应的框):

- 种族                       肤色                       民族血统

2. 受控歧视行为的发生日期 \_\_\_\_\_

3. 被申诉人 (个人申诉受到控告)

姓名	
职位	工作地点

4. 请描述您受到歧视的过程。事情的经过如何? 应对此负责的人是谁? 请在余下的空白处, 附上更多文件。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. 您是否向其它联邦、州或地方机构, 或向联邦或州法院提出此申诉控告?     是     否

如果答案为“是”, 请勾选提出申诉的每一个机构:

- 联邦机构                       联邦法院                       州机构                       州法院  
 地方机构                       提出日期 \_\_\_\_\_

6. 请提供您提出申诉的其它机构或法院的联系人信息:

姓名	
地址 州	城市, 街道                      邮编 电话

请在下面的空白处签字确认此次申诉。 请附上任何支持性文件。

签字	日期
----	----