



SAN FRANCISCO BAY AREA RAPID TRANSIT DISTRICT TITLE VI COMPLAINT FORM – FORMULARZ SKARGI

Imię i nazwisko Skarżącego		Nr telefonu domowego:	
Adres zamieszkania		Nr telefonu do pracy	
Nr budynku./ulica	Miejscowość/Stan	Kod pocztowy	
Rasa/grupa etniczna	Płeć	Adres emailowy	
Ofiara dyskryminacji (jeśli inna, niż Skarżący)		Nr telefonu domowego:	
Adres zamieszkania		Nr telefonu do pracy:	
Nr. Budyńku/Ulica	Miejscowość/Stan	Kod pocztowy	

1. POWÓD DYSKRYMINACJI (odpowiedni /e/ zaznaczyć):

Rasa Kolor skóry Narodowość

2. Data/Daty zdarzeń dyskryminacyjnych _____

3. OSKARŻONY (osoba, przeciwko której składa się skargę)

Imię i Nazwisko	
Stanowisko	Miejsca zatrudnienia

4. Opis zdarzenia dyskryminacji. Co zaszło i kto był temu winny? Proszę dołączyć dodatkowe arkusze, jeśli opis zdarzenia zajmuje więcej miejsca.

5. Czy Skarżący złożył tą samą skargę w innym urzędzie federalnym, stanowym lub lokalnym, lub w sądzie federalnym lub stanowym? Tak Nie

Jeśli tak, zaznaczyć w jakich urzędach skarga została już złożona:

Urząd federalny Sąd federalny Urząd stanowy Sąd stanowy
 Urząd samorządowy/lokalny Data złożenia skargi _____

6. Dane osoby kontaktowej w urzędzie lub sądzie, gdzie złożono już skargę:

Imię i Nazwisko		
Adres: Ulica	Miejscowość/Stan Kod pocztowy	Nr telefonu

Złożyć podpis w ramce poniżej. W miarę możliwości, dołączyć dokumenty na poparcie skargi.

Podpis	Data
--------	------