

萨克拉门托县老年陪伴计划

第六章 抱怨/投诉表，第1页

第 1 部分：请清晰填写以下各项		
1. 姓名：		
2. 地址：		
3. 电话：	3.a. 次要电话号码 (选填)：	
4. 电子邮箱：		
5. 可用格式要求？	<input type="checkbox"/> 大号签字排印	<input type="checkbox"/> 录音磁带
	<input type="checkbox"/> 电子设备文本通信 (TDD)	<input type="checkbox"/> 其它
第 2 部分：		
6. 该投诉表是否由您本人提交？	是*	否
*如果您对第 6 项回答“是”，请直接跳至第 3 部分。		
7. 如果您对第 6 项回答“否”，请填写您所代表的提交投诉之人的姓名。姓名：		
8. 您和被代表之人的关系：		
9. 请说明您为何代表第三人提交该投诉表：		
10. 请确认您已经获得受侵害方的允许，代表其提交该投诉表。	是	否
第 3 部分：		
11. 我认为自己出于以下原因而遭受歧视 (勾选以下所适用各项)：		
<input type="checkbox"/> 种族	<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 民族血统
12. 发生所投诉歧视的日期：(月/日/年)		
13. 请尽可能明确说明所发生的情况，以及您认为自己受到歧视的具体原因。描述涉及到其中的全部人员。请写明实施歧视的人员的姓名和联系信息 (如果知道)，以及所有证人的姓名和联系信息。如果所填写内容超出以下空白部分，请额外添加纸张填写。		

萨克拉门托县老年陪伴计划
第六章 投诉表, 第 2 页

第 4 部分:		
14. 此前您曾经向萨克拉门托县老年人陪护部门投诉过吗?	是	否
第 5 部分:		
15. 您是否向其它联邦、州或本地机构, 或者联邦或州法院递交过该投诉? <input type="checkbox"/> 是* <input type="checkbox"/> 否		
如果回答是, 请勾选已经提交的部门:		
<input type="checkbox"/> 联邦机构 _____	<input type="checkbox"/> 州 机 构 _____	
<input type="checkbox"/> 联邦法院 _____	<input type="checkbox"/> 本地机构 _____	
<input type="checkbox"/> 州 法 院 _____		
16. 如果对上述第 15 项回答“是”, 请提供所递交投诉机构/法院的联系人信息。		
姓名:		
职务:		
机构:		
地址:		
电话:	电子邮件:	
第 6 部分:		
运输机构投诉所针对人员之姓名:		
联系人:		
电话:		

您可以附上认为与所投诉内容相关的全部书面材料或其它信息。

请在下方签上自己的姓名和日期:

签字: _____ 日期 _____

请将该投诉表邮寄至下列地址或发送传真:

Senior Companion Program
Sacramento County
PO Box 269131
Sacramento, CA 95826

Telephone: 916.875.3622
Fax: 916-875-3799