

第一部分				
姓名:				
地址:				
电话 (家)			电话 (单位):	
电子邮件地址:				
便利形式需求?	大号字		录音带	
	TDD		其他	
第二部分				
你是否代表自己投诉?			是*	否
*如果对此问题的回答为“是”, 请直接看第三部分.				
如果回答为“否”, 请提交你代为投诉者的姓名及与你之关系:				
请解释你为第三方投诉的原因:				

如果你是为第三方办理投诉, 请确认你得到了受害者的许可。			是	否
第三部分				
我相信我所遭受的歧视是基于(在适用处勾选):				
<input type="checkbox"/> 种族		<input type="checkbox"/> 肤色		<input type="checkbox"/> 原籍国
涉嫌歧视的发生日期 (月, 日, 年): _____				
请尽可能清晰地表述发生的事情以及你为什么认为受到了歧视。描述所有于此有关的人士。包括对你实施歧视之人(们)(如果确知的话)以及任何目击证人的姓名和联系方式。如果需要更多空间, 请使用本表格的背面。				

第四部分	
你以前是否向本部做过第六章投诉?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第五部分	
你是否曾经向任何其他联邦、州，或地方机构，或联邦或州法院做过第六集投诉?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如是，请勾选所有适用项:	
<input type="checkbox"/> 联邦机构	<input type="checkbox"/> 州政府机构:
<input type="checkbox"/> 联邦法院:	<input type="checkbox"/> 地方机构:
<input type="checkbox"/> 州法院:	
请提供你所登记投诉之机构或法院中联系人的信息。	
姓名:	
职务:	
机构:	
地址:	
电话:	
第六部分	
被投诉机构之名称:	
联系人:	
职务:	
电话:	

你可以附上任何书面材料或其他你认为与投诉相关的信息。

以下要求签字和日期

签字

日期

请将本表面交或邮寄至以下地址:马州交通部
 第六集计划经理
 多元化和平权办公室
 7201 Corporate Center Drive
 Hanover, Maryland 21076