

基于《民权法案》第六章对在 CITY OF LAKE STEVENS, WASHINGTON 受到的歧视进行投诉

如果您认为自己因种族、肤色或原籍国（包括英语能力有限）在 City of Lake Stevens 的计划或活动中受到歧视，您可以填写本表格，并发送电子邮件至 risk@lakestevenswa.gov 或邮寄纸质版表格至 City of Lake Stevens, Attn: Title VI Coordinator, 1812 Main St., P.O. Box 257, Lake Stevens, WA 98258. 提交正式投诉。

您的联系信息

姓名：_____

邮寄地址（街道/邮政信箱、城市、州、邮政编码）：_____

电话号码：_____

电子邮件地址：_____

关于此投诉与您联系的最佳时间：

☐ 上午 7:00 - 10:00 ☐ 上午 10:00 - 下午 1:00 ☐ 下午 1:00 - 4:00 ☐ 下午 4:00 - 晚上 7:00

您是否代表自己提交此投诉？ ☐ 是 ☐ 否

如果否，请填写以下信息：

受侵害方姓名：_____

受侵害方邮寄地址（街道/邮政信箱、城市、州、邮政编码）：_____

受侵害方电话号码：_____

受侵害方电子邮件地址：_____

投诉人与受侵害方的关系：_____

您是否已获得提交此投诉的授权？ ☐ 是 ☐ 否

涉嫌歧视的原因

是什么？请选择所有适用项：

- ☐ 种族
- ☐ 肤色
- ☐ 原籍国（包括英语能力有限）

涉嫌事件发生日期：

涉嫌歧视的责任机构： City of Lake Stevens, Washington

员工姓名（如已知）：_____

部门（如已知）：_____

地址/地点（如已知）：_____

投诉陈述- 请描述涉嫌的歧视行为。请解释发生了什么、您认为的原因以及您是如何受到歧视的。务必包括您认为其他人如何受到与您不同的对待。请指出涉及的人员。请务必描述您认为其他人受到与您不同对待的具体情况。请附上相关支持文件。

您对涉嫌歧视寻求的补救措施是什么？ 请注意，此过程不会涉及惩罚性赔偿或经济补偿。

请列出我们应联系的其他人员（如员工或证人），以便获取更多支持您投诉的信息。 请提供他们的电话号码、地址、电子邮件地址等。

姓名	城市	州	邮政编码	电子邮件	电话号码

请列出您已向其他机构提交相同投诉的情况：

姓名	州

我确认以上信息据我所知是真实准确的。我理解所有信息在提交此投诉后将成为公开记录。

投诉人

日期

受侵害方

日期