



歧视投诉表

说明：如果您认为 SANDAG 涉嫌歧视某个人或多人，请用黑色笔或以打印形式完整填写此表格。
请签名并寄回至第 2 页所列的地址。

我们可应残疾人士的要求为其提供其他投诉方式，例如，个人采访或投诉录音。
请致电 619.699.1900 以获取帮助或者电传至 711。

投诉人姓名：

邮寄地址：

城市：

州：

邮政编码：

住宅电话号码：

公司电话号码：

受到歧视的人：
(如果不是投诉方)

邮寄地址：

城市：

州：

邮政编码：

住宅电话号码：

公司电话号码：

请注明发生歧视的日期

请描述所指控的歧视行为，请提供涉嫌歧视的人员的姓名（若必要，请使用第 2 页的空白处）。
请说明您认为歧视所属的类别（种族、肤色、残疾、健康状况等）：

是否已向司法部或任何其他联邦、州或地方民权机构或法院提交投诉？ 是 ☐ 否 ☐

如果是，请提供机构或法院：

联系人：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话号码：

提交日期：

供填写答案的预留空白：

投诉人签名：

日期：

请将表格寄回至：

Compliance Officer – Office of Diversity and Equity
SANDAG
1011 Union Street, Suite 400
San Diego, CA 92101

或者发送电子邮件至 **officeofdiversityandequity@sandag.org**

电话号码： 619.699.1900

传真号码： 619.699.1995

电传号码： 711