标题 vi 投诉表格 Title VI Complaint Form
Southeastern Connecticut Council of Governments

东南康涅狄格州政府委员会（SCCOG）致力于确保任何人不会因种族，肤色或国籍而被排除在参与或否认其服务的利益之外，如“民权法”第六章所规定的那样。1964 年。

任何认为他或她因种族，肤色或国籍而受到 SCCOG 歧视的人，可以填写此投诉表格提交第 VI 标题投诉。 SCCOG 调查在指控事件发生后不超过 180 天收到的投诉。 有关 Title VI 投诉的其他信息，请阅读 SCCOG 的 Title VI 投诉程序。

以下信息有助于我们处理您的投诉。 请亲自在以下地址提交此表格，或将此表格邮寄至：

SCCOG Title VI Coordinator
5 Connecticut Avenue
Norwich, CT 06360

如果您在填写此表格时需要任何帮助，请致电（860）889-2324 联系 Title VI 协调员。

第 1 节

你的名字: _____ 电话号码: _____

街道地址: _____ 电子邮件地址: _____

城市，州和邮政编码: _____

您需要以下格式吗？

☐ 大字体 ☐ 录音带 ☐ TTY/TDD ☐ 其他

第 2 节

您是否代表自己提交此投诉？ ☐ 是 * ☐ 没有

*如果是，请转到第 3 节。

如果否，请提供投诉人的姓名和关系：

_____

请解释您为其他人提交投诉的原因：

_____

请确认您已获得投诉人的许可，可以提交此投诉： ☐ 是 ☐ 没有

第 3 节

我相信我所经历的歧视是基于：（检查任何适用的）

☐ 种族 ☐ 肤色 ☐ 国家起源

歧视日期（月，日和年）：

尽可能清楚地解释发生了什么，以及为什么你认为你受到歧视。 描述所有参与的人。 包括歧视您的人（如果知道）的姓名和联系信息，以及任何证人的姓名和联系信息。 您可以附上您认为我与您的投诉相关的任何书面材料或其他信息。

第 4 节

您是否已向任何其他联邦，州或地方机构或联邦或州法院提交此投诉？

☐ 是 ☐ 没有

如果是，请提供投诉所在机构/法院联系人的联系信息：

名称: 职称:

机构或法院:

地址: 电子邮件地址:

第 5 节

投诉所针对的机构名称：

联系人姓名： 职称:

电子邮件地址:

您的签名和日期必须在下面。

_____ _____

签名 日期

To be completed by SCCOG: 由 SCCOG 完成:

Date Received: 接收日期: _____

Received By: 收到者: _____