

Titre VI de l'Agence des transports urbains de San Francisco Formulaire de plainte

SFMTA

Municipal Transportation Agency

NOM DU PLAIGNANT: _____ TÉLÉPHONE (RÉSIDENTIE): _____

ADRESSE RÉSIDENITIELLE RUE: _____ VILLE: _____ ÉTAT: _____ CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (LIEU DE TRAVAIL): _____ RACE/GROUPE ETHNIQUE: _____ SEXE: _____

COURRIEL: _____

PERSONNE AYANT SUBI UNE DISCRIMINATION (SI AUTRE QUE LE PLAIGNANT): _____

DRESSE RÉSIDENITIELLE RUE: _____ VILLE: _____ ÉTAT: _____ CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (RÉSIDENTIE): _____ TÉLÉPHONE (LIEU DE TRAVAIL): _____

1. FONDEMENT SPÉCIFIQUE DE LA DISCRIMINATION (Veuillez cocher la ou les cases appropriées): Race Couleur Origine ethnique/nationale

2. Date du ou des actes discriminatoires allégués: _____

3. INTIMÉ (personne contre laquelle la plainte est déposée):

NOM: _____ FONCTION: _____

LIEU DE TRAVAIL: _____

4. Décrire comment vous avez fait l'objet de discrimination. Qu'est-il arrivé et qui était responsable ? Joindre un ou des feuillets supplémentaires pour continuer la description. _____

_____5. Avez-vous déposé cette plainte auprès d'une autre agence fédérale, de l'État ou locale ; ou auprès d'un tribunal fédéral ou de l'État? OUI NON

Si Oui, veuillez encercler chaque agence ou tribunal auprès desquels vous avez déposé votre plainte :

 Agence fédérale Tribunal fédéral Agence de l'État Tribunal de l'État Agence locale Date du dépôt : _____

6. Renseignements sur la personne à joindre à l'agence ou au tribunal où vous avez déposé votre plainte:

NOM: _____ TÉLÉPHONE: _____

ADRESSE RÉSIDENITIELLE RUE: _____ VILLE: _____ ÉTAT: _____ CODE POSTAL: _____

Signer cette plainte dans l'espace ci-dessous. Joindre toute documentation à l'appui.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

Veuillez soumettre le Formulaire de plainte signé par courrier, télécopie ou courriel

à: San Francisco Municipal Transportation Agency (SFMTA)

ATTN: Title VI Complaints

One South Van Ness Avenue, 7th Floor

San Francisco, CA 94103

Fax: 415.701.4502