



## 歧视投诉表

请提供以下信息以便我们处理您的投诉。本表有特殊版式以及多语种版本可供选择。如您需要此类版本或其它任何协助以填写投诉信息，请联系我们。

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码：（家） \_\_\_\_\_ （工作） \_\_\_\_\_ （手机） \_\_\_\_\_

电子邮件地址： \_\_\_\_\_

### 请说明投诉歧视的性质：

1964 年颁发的民权法案第六章保护的类别：

种族  肤色  国籍（包括有限的英文水平）

相关的联邦和/或州法律/条例保护的其它类别：

残障  年龄  性别  性取向  宗教  祖籍

社会性别  族群  性别认同  性别表达  教义  退伍军人身份  背景

### 您投诉的歧视受害者是谁？

本人  第三方个人  一个类别的人士

### 您投诉的歧视的个人和/或组织的姓名或名称：

\_\_\_\_\_

您同意让调查人员同其他相关方共享您的姓名和其它个人信息以协助调查并解决投诉吗？

是  否



MassDOT.CivilRig  
hts@state.ma.us