
ADA/Title VI 投訴表

背景說明

本表格用於提交《Title VI》及《美國殘疾人法案》（ADA）相關投訴。

1964 年《民權法案》（Title VI）規定了受保護的三大類別——**種族、膚色及原國籍（包括有限英語能力）**，投訴人可選擇其中一項或多項作為歧視依據。若本服務區內的有限英語能力（Limited English Proficient, LEP）族群達到「安全港」（Safe Harbor）標準，則相關程序將以英語及該族群使用的其他語言提供。

1990 年《美國殘疾人法案》（ADA）規定：任何殘疾人士不得因其殘疾，而被排除於任何聯邦資助之**計劃、服務或活動**之外，不得被拒絕其利益，亦不得受到歧視。

Greater Boston Chinese Golden Age Center（中華耆英會）致力於提供無歧視服務，確保任何人不會因**種族、膚色或原國籍（包括有限英語能力）**（依據 1964 年《民權法案》Title VI），或因殘疾（依據 1990 年《美國殘疾人法案》ADA），而被排除參與、被拒絕服務或受到歧視。

若您認為自己遭受歧視，請提供以下必要資訊，以協助處理您的投訴。如需協助填寫本表或有任何疑問，請聯絡本中心 ADA / Title VI 協調員。填寫完成後，請簽名並註明日期，並寄回或電郵至以下地址：

Deborah Gove

75 Kneeland St., Suite 204, Boston, MA 02111

或者 email 至: dgove@gbcgac.org

重要通知：以下資訊對於處理您的投訴至關重要。如需協助填寫本表，請致電 617-357-0226。為保障您的權益，投訴必須於**涉嫌歧視發生後 180 天內提出**。逾期可能導致投訴被駁回。您可附上任何與投訴相關的書面資料或其他資訊。

中華耆英會 ADA/Title VI 歧視投訴表

第一部分:		
姓名:		
地址:		
電話 (住宅) :	電話 (工作) :	
電子郵件地址:		
是否需要無障礙格式?	<input type="checkbox"/> 大字版	<input type="checkbox"/> 錄音帶
	<input type="checkbox"/> 聽障電話設備	<input type="checkbox"/> 其他
第二部分:		
您是否為本人提出此投訴?	<input type="checkbox"/> 是*	<input type="checkbox"/> 否
<i>若選「是」, 請直接填寫第三部分*</i>		
若否, 請提供被投訴人姓名及與您的關係		
請說明您為第三方提出投訴的原因:		
請確認您已取得當事人同意	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
第三部分:		
我認為我所遭受的歧視基於 (可複選) : :		
Title VI: <input type="checkbox"/> 種族 <input type="checkbox"/> 膚色 <input type="checkbox"/> 國籍來源 ADA: <input type="checkbox"/> 殘疾		
涉嫌歧視日期 (年 / 月 / 日) : _____		
請盡可能清楚說明發生的事情, 以及您為何認為遭受歧視。請描述所有相關人員, 包括涉嫌歧視者及任何證人的姓名與聯絡方式 (如已知)。如空間不足, 請使用表格背面。 _____ _____ _____ _____		
第四部分:		
您是否曾向本機構提出歧視投訴?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

<p>若是，請提供相關資料</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>第五部分：</p>
<p>您是否已向其他聯邦、州或地方機構，或法院提出此投訴？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>若是，請勾選適用項目：</p> <p><input type="checkbox"/> 聯邦機構： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 聯邦法院： _____ <input type="checkbox"/> 州機構： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 州法院： _____ <input type="checkbox"/> 地方機構： _____</p>
<p>請提供該機構 / 法院聯絡人資訊</p>
<p>姓名： _____</p>
<p>職稱： _____</p>
<p>機構： _____</p>
<p>地址： _____</p>
<p>電話： _____</p>
<p>第六部分：</p>
<p>被投訴機構名稱： _____</p>
<p>被投訴人姓名： _____</p>
<p>職稱： _____</p>
<p>地點： _____</p>
<p>電話（如有）： _____</p>

您可附上任何相關資料。請於下方簽名並註明日期：

簽名

日期

請親自遞交、郵寄或電郵提交本表

本表亦可於網站下載 www.gbcgac.org