

**附錄 B：西谷社區服務第六章申訴表格**

<b>第一部分：</b>				
姓名：				
住址：				
電話（宅）：			電話（工作）：	
電子郵箱：				
無障礙要求	大字體		錄音帶	
	耳聾電信設備 (TDD)		其他	
<b>第二部分：</b>				
您是否親自填寫此申訴表?			是*	否
*如果回答為「是」，請跳至第三部分				
如果不是，請提供您委託方的名字與關係：				
請說明您代填的原因： _____				
如果您代表第三方填交本表，請確認您已獲得委託方許可。			是	否
<b>第三部分：</b>				
我相信我因下列原因受到歧視（可多選）：				
<input type="checkbox"/> 種族 <input type="checkbox"/> 膚色 <input type="checkbox"/> 祖籍血統				
指控歧視的日期（月,日,年）： _____				
請盡可能清楚地說明事發過程，以及為什麼您認為自己受到歧視。請描述所有參與其中的人。包括歧視您的人的姓名和聯絡資訊（如果知道的話），以及任何證人的姓名和聯絡資訊。如果需要更多填寫空間，請寫於表格的背面。				
<b>第四部分：</b>				
您曾對此機構提出第六章申訴嗎?			是	否
<b>第五部分：</b>				
您是否已向其他任何聯邦、州或地方機構，或任何聯邦及州法院提起申訴？				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

如果是，請勾選所有已申訴機關： <input type="checkbox"/> 聯邦機構 _____ <input type="checkbox"/> 州機構 <input type="checkbox"/> 聯邦法院 _____ <input type="checkbox"/> 本地機構 <input type="checkbox"/> 州法院	
請提供一個已申訴的機構/法院相關聯絡人資訊	
姓名：	
職稱：	
機構名：	
地址：	
電話：	
<b>第六部分：</b>	
申訴機構名：	
連絡人：	
職稱：	
電話：	

您可以附上您認為與申訴相關的書面及其他資料。

請於下方寫上簽名和日期

\_\_\_\_\_ 日期

簽名

日期

請到下面的地址送交此表格，或郵寄至：