



圣莫尼卡市
交通部
蓝色大巴士

《美国残疾人法案》第二章 1973 年《康复法案》第 504 节
歧视投诉表

请完整填写此表格。请打印或键入信息。

请签署此表格并将此表格寄回以下地址。

投诉人姓名：

地址：

城市、州和邮政编码：

家庭电话：

手机：

电子邮件：

被歧视人士（如投诉人以外）：

地址：



城市、州和邮政编码：

家庭电话：

手机：

电子邮件：

您认为存在歧视行为的政府、组织或机构：

名字：

地址：

城市、州和邮政编码：

家庭电话：

手机：

电子邮件：

歧视是什么时候发生的？

日期：

时间：

歧视发生在何处？

位置：



描述歧视行为，提供个人姓名（如果可能）以及事件的详细信息，包括公交车和路线编号（如适用）：

投诉是否已提交给司法部或任何其他联邦、州或地方民权机构或法院？

圆圈一： 是的 | 不

如果是，请提供以下信息：

代理机构或法院：

联络人：

地址：



City of
**Santa
Monica**

城市、州和邮政编码：



您打算向其他机构或法院提交申请吗？

圆圈一： 是的 | 无

代理机构或法院：

联络人：

地址：

城市、州和邮政编码：

额外的答案空间：

签名：

日期：

将表格退回至：

圣莫尼卡市交通部

联系人：Bridget Cade, 行政服务官员

第七街 1660 号

圣莫尼卡, CA 90401

Bridget.cade@santamonica.gov