

**萨凡那滨海地区大都市规划组织**  
**歧视投诉表格**

<b>第一节：</b>				
姓名：				
地址：				
家庭电话：			工作电话：	
电子邮箱地址：				
格式要求？	大字体		音频磁带	
	TDD		其他	
<b>第二节：</b>				
您是代表自己提交此投诉吗？			是*	否
*如果您回答“是”，请转到第三节。				
如果不是，请提供您所代表的投诉人的姓名和您与他（她）的关系：				
请解释您为什么代表第三方提交投诉：				
如果您代表第三方提交投诉，请确认您已经获得了他（她）的许可。			是	否
<b>第三节：</b>				
我相信我经历歧视是因为以下理由（请选择以下所有适用选项）：				
<input type="checkbox"/> 种族 <input type="checkbox"/> 皮肤颜色 <input type="checkbox"/> 国家来源 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 身体残疾 <input type="checkbox"/> 家庭或宗教状况 <input type="checkbox"/> 其他（请说明） _____				
涉嫌歧视的具体日期（年，月，日）： _____				
请尽可能清楚地解释发生了什么，以及为什么您认为自己受到了歧视。描述所有被卷入的人，包括歧视您的人的姓名和联系方式（如果知道的话），以及任何目击者的姓名和联系方式。如果您需要更多空间，请使用此表格的背面。				

<b>第四节</b>		
您以前向这个机构提交过歧视投诉吗?	是	否
<b>第五节</b>		
关于此次事件, 您是否向任何其他联邦、州或地方机构, 或任何联邦或州法院提交过投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果您回答“是”, 请选择以下所有适用选项:		
<input type="checkbox"/> 联邦机构 _____ <input type="checkbox"/> 联邦法院 _____		
<input type="checkbox"/> 州机构 _____ <input type="checkbox"/> 州法院 _____		
<input type="checkbox"/> 地方机构 _____		
请提供该机构或法院的联系人方式。		
姓名:		
职务:		
工作单位:		
地址:		
电话:		
<b>第六节</b>		
投诉单位:		
联系人:		
职务:		
电话号码:		

你可以附上任何与此投诉相关的书面材料或其他信息。

您的签名: \_\_\_\_\_ 签名日期: \_\_\_\_\_

请亲自到以下地址提交此表格, 或将此表格邮寄至:

Melanie Wilson, Executive Director  
 Chatham County – Savannah Metropolitan Planning Commission  
 110 E. State Street  
 Savannah, GA 31401 Phone: 912-651-1446  
 Email: wilsonm@thempc.org