

# Lextran第六篇申诉表

## 第1部分:

姓名:

地址:

电话(住家)

电话(工作)

电话(手机)

电子邮件:

无障碍格式要求

大号字体

音频

听障设备(TDD)

其他

## 第2部分:

您是否代表自己填写此项申诉?

\*是

否

\* 如果回答"是", 请转到第3部分。

若回答"否", 请提供您要申诉之人员的姓名及关系:

请说明您为何要针对第三方提出申诉:

如果您是代表第三方提出申诉, 请确认您已经取得受害方的许可。

\*是

否

## 第3部分:

我认为我因下列原因而遭到歧视(勾选所有适用项)

种族

肤色

国籍

声称遭到歧视的日期(年/月/日): \_\_\_\_\_

尽量说清楚发生的情形, 以及您为何认为自己遭到歧视的原因。说明所有涉及的人员。包含歧视您的人员的联系信息(如知道)以及任何证人的姓名及联络信息。如果需要更多空间, 请使用此表单的背面填写内容。

## 第4部分:

您之前是否曾经向此机关提出过第六篇申诉?

是

否

## 第5部分:

对其提出申诉的机关名称

联系人:

标题:

电话号码:

您可以附加您认为与所申诉事项相关的任何书面材料或其他信息。

需要在下面签名并标注日期

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

请亲自将此表单提交至以下地址, 或将此表单邮寄至:

Lextran Title VI Coordinator • 200 West Loudon Avenue • Lexington KY 40508