



## 第 VI 條規定申訴表

<b>第 I 節：</b>				
姓名：				
地址：				
電話（家中）：		電話（工作）：		
電子郵件地址：				
可供使用的格式 要求	大字版本		錄音帶	
	TDD		其他	
<b>第 II 節：</b>				
您是代表自己提交本申訴嗎？		是*	否	
*如果您對這個問題回答「是」，請進入第 III 節。				
如果回答「否」，請提供您代表提交申訴的人的姓名和與您的關係：				
請解釋您為什麼代表第三方提交申訴：				
如果您是代表第三方提交申訴，請核實您已經獲得了受害方的許可。		是	否	
<b>第 III 節：</b>				
我認為我經歷的歧視是基於（請勾選所有適用的項目）：				
<input type="checkbox"/> 種族		<input type="checkbox"/> 膚色		<input type="checkbox"/> 原國籍
指稱歧視的發生日期（月、日、年）				
請盡量清楚地解釋發生的情況以及您為什麼認為您受到了歧視。請描述涉及的所有的人。請包括歧視您的人的姓名和聯繫資訊（如知道）以及任何證人的姓名和聯繫資訊。如果內容過多無法填下，請在本表背面填寫。				

<b>第 IV 節：</b>		
您以前是否曾向本機構提交第 VI 條規定申訴？	是	否
<b>第 V 節：</b>		
您是否曾向任何其他聯邦、州或地方機構或在任何聯邦或州法院提交本申訴？		
[ ] 是 [ ] 否		
如果回答「是」，請勾選所有適用的項目：		
[ ] 聯邦機構 _____		
[ ] 聯邦法院 _____	[ ] 州機構 _____	
[ ] 州法院 _____	[ ] 地方機構 _____	
請提供有關提交申訴機構/法院的聯繫人資訊。		
姓名：		
職稱：		
機構：		
地址：		
電話：		
<b>第 VI 節：</b>		
被申訴機構名稱：		
聯繫人：		
職稱：		
電話號碼：		

您可以在您的申訴中隨附您認為相關的任何書面資料或其他資訊。

要求在下方簽名和填寫日期

\_\_\_\_\_

簽名

\_\_\_\_\_

日期

必須在指稱的事件發生日期後的 180 天內以書面形式向下列一位人士提出任何此類申訴：

法律總顧問

首席行政官

DRPA  
One Port Center  
2 Riverside Drive  
Camden, NJ 08101  
(856) 968-2407

DRPA  
One Port Center  
2 Riverside Drive  
Camden, NJ 08101  
(856) 968-2270