

櫻桃山鎮老年人巴士項目**第六章投訴表**

注意：以下信息有助于处理您的投诉。

投诉表

第一部分：請清晰填寫	
姓名：	
地址：	
城市/州/邮政编码	
電話（家庭）：	電話（手機）：
电子邮件地址：	
無障礙格式要求？ <input type="checkbox"/> 大字體 <input type="checkbox"/> 錄音帶 <input type="checkbox"/> 听障人士專用電話 <input type="checkbox"/> 其他	
第二部分：	
您是代表自己提交此投诉吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果否，請填写以下关于被歧视者的信息：	
姓名：	
地址：	
城市/州/邮政编码：	
電話（家庭）：	電話（工作）：
电子邮件地址：	
您與投訴人關係：	
請解釋為何您代表第三方提交投訴：	
如果您代表第三方提交投诉，請确认您已获得受害方的許可。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
第三部分：	
下列哪一項最能描述您認為歧視發生的原因？	

<p><input type="checkbox"/> 種族 <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 國籍 <input type="checkbox"/> 其他</p>
<p>涉嫌歧視發生在哪一天?</p> <p>日期: 日期: 日期: 日期: 其他:</p>
<p>請描述涉嫌歧視的情況。解釋發生了什麼以及您認為誰應對此負責。描述所有涉案人員。請提供歧視您的人員（如已知）的姓名和聯絡方式，以及所有目擊者的姓名和聯絡資訊。如果需要，請另附一張紙。</p>
<p>您是否已向任何其他聯邦、州或地方機構，或任何聯邦或州法院提交過此投訴？請列出所有適用項目。</p> <p>聯邦機構 _____ 聯邦法院 _____ 國家機構 _____ 州法院 _____ 當地代理商 _____</p>
<p>如果您已勾選以上選項，請提供投訴機構/法院的聯絡人資訊。</p> <p>姓名: _____ 標題: _____</p>

地址: _____ 城市/州/郵遞區號: _____ 電話號碼 (住宅): _____ 工作電話號碼: _____ 電子郵件: _____
請在下方簽名。您可以附上任何您認為與您的投訴相關的書面資料或其他資訊。 簽名 _____ 日期 _____ 附件: 是 _____ 否 _____

將表格和任何其他資訊提交至:

Township of Cherry Hill
Attention: Township Clerk
820 Mercer Street
Cherry Hill, NJ 08002