



DEPARTMENT OF TRANSPORTATION SERVICES
CITY AND COUNTY OF HONOLULU

650 SOUTH KING STREET, 3RD FLOOR
HONOLULU, HAWAII 96813
Phone: (808) 768-8305 • Fax: (808) 768-4730 • Internet: www.honolulu.gov

投诉表

CHINESE SIMPLIFIED

投诉表填写说明

檀香山市县、交通运输服务部以及欧胡岛交通运输服务部门致力于遵循1964年《民权法案》第六章禁止条例以保证任何人在使用 TheBus（公交车）或 TheHandi-Van（残障人士小巴）服务时不受歧视。“在美国，任何人都不得因种族、肤色或国家原籍等因素而被限制参加接收联邦财政援助的项目或活动，或被拒绝获得这类项目或活动福利，或在这类项目或活动中受到歧视。”

请提供以下所需信息以便我们处理您的投诉。我们可应要求提供协助：TheBus 768-8374 和 TheHandi-Van 768-8300。请完整填写这张表格并邮寄或递交至：City and County of Honolulu, Department of Transportation Services, Public Transit Division, 650 South King Street, 3rd Floor, Honolulu, HI 96813

请用英语工整填写：

第一部分		
投诉人姓名：		
地址：		
电话（住宅）：	电话（工作）：	
电子邮件地址：		
需要提供的便利方式：	<input type="checkbox"/> 大字	<input type="checkbox"/> 录音带
	<input type="checkbox"/> TDD	其他：
第二部分		
您是代表自己提交投诉吗？	<input type="checkbox"/> 是*	<input type="checkbox"/> 否
*如果您回答“是”，请跳到第三部分。		
如果否，请提供您的姓名以及您与您帮助投诉的人的关系：		
请说明您为什么为第三方提交投诉：		
如果您代表第三方提交投诉，请确认您已获得权益受损人的许可。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
第三部分		
我认为我所遭受的歧视是基于（请勾选以下所有符合项）： <input type="checkbox"/> 种族 <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 国家原籍		
遭受歧视日期（月，日，年）_____		
请尽量清楚地说明发生的情况以及您为什么认为您受到了歧视。请描述所有相关人士。请提供歧视您的人的姓名和联系信息（如果知道），以及任何证人的姓名和联系信息。如果		

表格空间不够，请使用额外纸张。

第四部分

您以前是否向本机构提交过投诉？

是

否

第五部分

您是否向任何其他联邦、州或当地机构、或者向任何联邦或州法庭提交过这个投诉？

是 否

如果是，请勾选以下所有符合项并列出名称：

联邦机构：_____

联邦法院：_____ 州机构：_____

州法庭：_____ 当地机构：_____

请提供投诉所在的机构/法庭的联系人信息：

姓名：

职务：

电话：

机构：

地址：

第六部分

被投诉机构名称：

联系人：

职务：

电话：

您可附上您认为与投诉相关的任何书面材料或其他信息。

以下签名和日期必填。

签名

日期