《民权法案》（第六章）公告

依照《民权法案》第六章公民享有以下权利
伊萨卡汤普金斯县交通理事会

伊萨迦汤普金斯县交通理事会（包括有关下属有关合同单位）运营与服务无关民族、肤色、国籍、或是否残疾等）。按照 1964 年《民权法案》第六章、1973 年《康复法案》第 504 条与 1990 年《美国残疾人法案》(ADA), 若您认为自己受到不法歧视，您可以向伊萨迦汤普金斯县交通理事会投诉。

若要了解更多关于伊萨迦汤普金斯县民权计划与如何投诉，请与 Fernando de Aragón 联系， 电话 607-274-5570; 邮件地址 fdearagon@tompkins-co.org， 或与伊萨迦汤普金斯县交通理事会预约，地址 121 E. Court Street, Ithaca NY 14850 (周一到周五，上午九点到下午四点)。若要了解更多情况，请造访 www.tompkinscountyny.gov/itctc/civilrights。

您也可以在汤普金斯县人权局投诉，地址 120 W. Martin Luther King/State St., Ithaca, NY, 14850，电话 607-277-4080， 或向联邦运输管理局：第六章协调员(Title VI Program Coordinator)、East Building 5th Floor, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC 20590。

若需要使用另外一种语言，请与伊萨迦汤普金斯县交通理事会联系，电话 607-272-5570，或给 Fernando de Aragón 伊萨迦汤普金斯县交通理事会第六章协调员发电子邮件，邮件地址 fdearagon@tompkins-co.org，或到 E. Court St., Ithaca, NY 14850 (周一到周五，上午九点到下午四点) 说明需要其他语言信息。

以上公告在下列地点张贴：

- *网址： www.tompkinscountyny.gov/itctc/*
- *在于伊萨迦汤普金斯县交通理事会统一工作计划处和统一业务计划处*
- *伊萨迦汤普金斯县交通理事会入口，地址： 121 E. Court Street, Ithaca, NY 14850*
- *汤普金斯县人权局*
- *伊萨迦汤普金斯县交通理事会指定会议地点*

第六章歧视诉程序

以下程序适用于针对伊萨卡汤普金斯县交通理事会（以下简称 ITCTC）的民权投诉（例如依据 1964 年民权法案第六条，1973 年康复法案第 504 节及 1990 年美国残疾人法案等）。

若因为您提交了针对 ITCTC 的正式申诉而受到威胁或报复，这将是非法的。您也可以给纽约州交通部或者联邦运输管理局提交正式申诉，或与律师就此歧视事件进行讨论。ITCTC 将努力快速顺利地解决每一项申诉。

（1） 若您觉得自己因为种族、肤色、国籍、英语能力不足或残疾而受到歧视，您可以使用 ITCTC 的民权申诉表格提交民权申诉。

（2） 您必须在您所说的歧视行为发生后或者您意识到它发生后的 180 天内提交正式申诉；若此事件持续存在，请在它最近一次发生的 180 天内提交正式申诉。

（3） 正式申诉必须手写，包括您的姓名和地址。您和您的代理人必须签字。您可以当面、邮寄、传真或电子邮件给 Fernando de Aragón 提交申诉（周一至周五 9:00AM — 4:00PM）。邮箱为 fdearagon@tompkins-co.org；地址为 121 E. Court St., Ithaca, NY 14850, 并说明希望使用的语言。若您在撰写申诉时需要帮助，ITCTC 的工作人员将会帮助您。您可以在以下网址找到 ITCTC 第六章歧视申诉表：www.tompkinscountyny.gov/itctc/civilrights。

（4） 通过电话进行的申诉将会被记录下来。该申诉记录将会返还给您进行复合。您必须在此电话申诉记录上签名并交还至 ITCTC，之后它才可以成为一份正式的申诉。ITCTC 的电话是 607-274-5570。

（5） ITCTC 将审阅所有正式申诉并确保它们是有关 ITCTC 的项目或服务。您将收到一封确认信，告知您的申诉是否会被 ITCTC 调查或提交县官方或联邦官方指导处理。

（6） ITCTC 将在收到正式申诉的 72 小时之内致电汤普金斯县人权办公室 607-277-4080。

（7） ITCTC 需要 45 天来调查一个正式申诉。假如我们需要更多的信息，我们会联系您。此后您须在 45 天内给我们发送需要的信息。若我们没有在此规定时间内收到您的信息，ITCTC 的人权协调者将会结束此案件。假如您提供一份签字的书面通知告知我们您不再继续进行申诉，我们也将结束此案件。

（8） 在我们申阅您的正式申诉后，将给您寄去一封书面通知。它将会是一封结案通知或是调查发现信件。结案通知将对指控作出结论，并判定不存在歧视行为，由此结束案件。调查发现信件将对指控和有关指控的面试采访作出总结，并解释是否会对有关人员进行任何纪律处分、额外训练或采取其他措施。若您想对该判定结果进行上诉，您可以在收到结案通知或调查发现信件的四十五天之内上诉。

（9） 假如您对 ITCTC 的决定不满意，您可以直接向汤普金斯县人权办公室申诉，地址为 120 W. Martin Luther King/State St., Ithaca, NY, 14850，电话为 607-277-4080；或者向联邦运输管理处在人权办公室的关注歧视项目协调人申诉，地址为 East Building 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC 20590。

（10） 上述章程以及歧视申诉表可以在以下网址找到：www.tompkinscountyny.gov/itctc/civilrights。

第六章歧视投诉表

如果需要其他语言表格，请联系伊萨迦汤普金斯县交通理事会，联系信在此表底部。

姓名和联系方式 **YOUR NAME AND CONTACT INFORMATION**		
姓名： Name:		
地址： Address:		
联系电话： Telephone:		
电子邮件地址： E-mail Address:		
您需要方便使用的格式？ Do you need an Accessible Format?	☐ 大字版本 Large Print	☐ 录音 Audio
	☐ 聋哑人用的电信设备 TDD	☐ 其他 Other

您是帮他人或自己填写此表？ **IS THIS FOR YOU OR SOMEONE ELSE?**		
您是否为自己填写此表？ Are you complaining for yourself?	☐是 Yes	☐否 No
若是为他人填写，请提供代笔人姓名和您与他的关系。 If not, who are you complaining for and what is their relationship to you?		
请代笔人提供为何申诉人需要您的帮助？ Tell us why you are helping:		
代笔人添写此表是否有申诉的准许？ Do you have their permission to file this complaint?	☐是 Yes	☐否 No

发生了什么事？ **WHAT HAPPENED?**

我认为自己受到以下歧视（请选择所有有关项目）：
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):
☐民族 Race ☐肤色 Color ☐国际 National Origin ☐残疾 Disability
☐ 年纪 Age ☐ 性别 Sex (gender) ☐ 不熟谙英语 Limited English Proficiency (LEP)
☐ 家里收入 Income Level

歧视日期 (月 / 日 / 年): _____
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year)

请详细陈述事情的经过与之所属歧视的原因，所有有关的人员歧视您的姓名（若所知）和证人的联系方式。若需要格外空间，请加页附于此表。
Explain as clearly as you can what happened and why it was discrimination. Describe everyone involved. Include the name of the person(s) who discriminated against you (if you know) as well as the names and contact information of any witnesses. It's ok if you need more space. You may use a separate page, but be sure to include your whole explanation with the form.

_____

_____

_____

这件事是否有伊萨迦汤普金事县交通理事会某位工作人员有关？
IS THIS ABOUT A SPECIFIC PERSON AT THE ITHACA-TOMPKINS COUNTY TRANSPORTATION COUNCIL?

有关人员姓名?
Who?

您是否投诉过？
HAVE YOU COMPLAINED BEFORE?

您在 ITCTC 是否投诉过？ Have you made a Civil Rights complaint with the ITCTC before?	☐是 Yes	☐否 No

如果以上项目填写“是”、请详述。
If yes, tell us a little about it.

_____

_____

您是否向其他机构对这件事进行过投诉？
HAVE YOU COMPLAINED TO ANY OTHER AGENCY ABOUT THIS?

您是否向其他联邦、州、县机构，以及联邦或县级法庭进行过投诉？
Have you complained about this to any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? ☐ 是 Yes ☐ 否 No

如果是，请选择哪个机构或法庭？
If yes, with whom?

☐ 联邦机构 Federal Agency: _____ ☐ 联邦法庭 Federal Court: _____ ☐ 州政府机构 State Agency: _____ ☐ 州法庭 State Court : _____ ☐ 县政府机构 Local Agency: _____
关于您的以上投诉、我们可以和谁联系？ Is there someone we can contact there about your complaint?
姓名，职位： Name, Title：
机构名称： Agency：
地址： Address：
电话： Telephone：

请附上关于投诉的其他相关信息并签字。
You may attach any other information about your complaint. Be sure to sign and date below.

_____	_____
签名 Signature	日期 (月 / 日 / 年) Date （Month/Day/Year）

您可以提出以下正式申诉：
本人到 ITCTC 办公室，地址：121 E. Court Street, Ithaca, NY 14850
写信到 ：Fernando de Aragón, ITCTC Title VI Coordinator, 121 E. Court Street, Ithaca, NY 14850
发电子邮件到：fdearagon@tompkins-co.org （包括此表格里的信息）
此表可以在以下网址找到：www.tompkinscountyny.gov/itctc/civilrights
若您在正式申诉时需要帮助，请打电话给 ITCTC，电话： (607) 274-5570。