

# 阿凯迪亚市 — 阿凯迪亚公共交通局

## 第六篇投诉政策和程序

更新日期：2020 年

### 1. 政策声明

根据《1964 年民权法》第六篇的规定，不得基于种族、肤色或原国籍拒绝让任何人接受阿凯迪亚公共交通局服务和相关计划的福利。

### 2. 目的

本项政策确保阿凯迪亚公共交通局的服务和程序运营不受种族、肤色、原国籍或其他受联邦或州法令保护的因素的影响。分配给不同路线/服务的阿凯迪亚公共交通局车辆的服务频率、车龄和质量将仅根据运营要求确定。

### 3. 程序

任何认为自己可能因种族、肤色或原国籍而在公共交通服务或福利方面受到歧视的人都可以向阿凯迪亚市提出书面投诉。

如果您英语能力有限（LEP）或需要帮助填写投诉表，可与阿凯迪亚市政厅交通服务经理联系（地址：240 West Huntington Drive, Arcadia, CA 91007），或拨打电话 (626) 574-5435。

#### A. 提交投诉

可从您认为的歧视事件发生日期起 60 天内提交投诉表。可在以下网站获取阿凯迪亚市第六篇投诉表（附件 1）：<http://www.ci.arcadia.ca.us>。可与交通服务经理联系，索取投诉表，电话：(626) 574-5435；电邮：[ArcadiaTransit@arcadiaCA.gov](mailto:ArcadiaTransit@arcadiaCA.gov)。

投诉表可寄至：

City of Arcadia  
Attn: Transportation Services  
Manager  
240 West Huntington Drive  
P.O. Box 60021  
Arcadia, CA 91066-6021

传真：(626) 447-7866

电邮：ArcadiaTransit@arcadiaCA.gov

除了使用本市第六篇投诉程序外，投诉人还可以向联邦公共交通管理局（FTA）民权办公室第 9 区提交与种族、肤色或原国籍相关的投诉，地址：201 Mission Street, Suite 1650, San Francisco, CA 94105-1839。

## **B. 审查**

阿凯迪亚市交通局将审查所有书面投诉，以便确定是否展开调查，考量因素包括投诉人是否属于某一受保护类别以及是否有足够的理由。如果确定投诉有足够的理由，需要进行调查，阿凯迪亚市将立即进行调查。如果投诉的理由不足以启动调查，本市将在 30 个工作日内将这一决定告诉投诉人。

## **C. 投诉调查**

本市将采取以下措施，对所反映的歧视行为进行调查：

- 确定并审查所有相关文件、做法和程序，以便确定适当的解决方案。
- 确定知情人并安排约谈，例如投诉人、证人、投诉表提到的其他人、可能有类似经历的人以及了解相关信息的其他人。

调查程序和最终调查报告通常在 60 天内完成。

## **D. 完成调查**

交通服务部经理应就投诉的有效性作出书面裁定，并签发解决方案说明书（如有），并应在提出投诉后的六十（60）个日历日内将副本转交给投诉人。

## **E. 实施纠正措施**

如果存在违反政策的情况，将立即采取适当的纠正措施。



## 第六篇投诉表

## 附件一

《1964年民权法》第六篇及相关禁止歧视法规条例要求，在美国，不得基于种族、肤色、原国籍禁止任何人参加接受联邦财务援助的计划或活动，剥夺任何人享受此类计划或活动的福利，或在此类计划或活动中歧视任何人。

作为接受联邦财务援助的机构，阿凯迪亚市公共交通局在提供服务时不考虑种族、肤色和原国籍。任何人，凡是认为自己遭受了第六篇禁止的非法歧视行为，均可向阿凯迪亚市提出投诉。

以下是协助我们处理您的投诉所需的信息。如果您在填写本表时需要任何协助，请告诉我们。

填写本表，并寄回至：

**Transportation Services Manager**  
City of Arcadia  
240 West Huntington Drive  
Post Office Box 60021  
Arcadia, CA 91066-6021

1. 投诉人姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

电话号码（家中） \_\_\_\_\_ （工作地点） \_\_\_\_\_

2. 受到歧视的人（如果是投诉人以外的人）

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

3. 以下哪一项最适当地描述了您认为发生的歧视？是不是因为您的：

a. 种族/肤色

c. 性别

e. 残障

b. 原国籍

d. 年龄

4. 所投诉的视行为发生在什么日期？ \_\_\_\_\_





5. 请描述所投诉的歧视行为。请解释发生了什么事以及您认为谁应当对此负责。如果需要更多空间，请在本表的背面填写。

---

---

---

---

---

---

---

---

6. 您是否曾向任何其他机构及/或法院提交本投诉？ 是  否

如果回答“是”，请勾选每一个适用的方框：

联邦机构

联邦法院

州立机构

州法院

其他  \_\_\_\_\_

7. 请提供接受投诉的机构/法院的联系人信息。

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

8. 请在下方签名。您可以随附您认为与您的投诉相关的任何书面资料或其他信息。

---

投诉人签名

日期

