



# City of West Hollywood

## Transit Services Discrimination Complaint Form Title VI and other Protected Classes

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 and related nondiscrimination statutes and regulations require that no person in the United States shall, on the grounds of race, color, or national origin be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal assistance. In addition to Title VI, the City of West Hollywood also prohibits discrimination based on gender, age, (dis)ability, and sexual orientation.

If you believe you have been the subject of discrimination on the City's transit services, you may file a complaint with the City. The complaint form must be filed within 60 days of the alleged discrimination. The following information is necessary to assist us in reviewing your complaint. If you require assistance in completing this form, please let us know. Once complete, return this form to:

**Transportation Program Administrator  
City of West Hollywood  
8300 Santa Monica Blvd.  
West Hollywood, CA 90069**

Complainant's Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Home Business

Cell: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Person discriminated against (if someone other than the complainant):

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_



# City of West Hollywood

Which of the following best describes the reason you believe the discrimination occurred?

Race

Color

National origin

Gender

Disability

Medical Condition

Marital Status

Sexual Orientation

Age

Religion

What was the date of the alleged discrimination? \_\_\_\_\_

In your own words, describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible.

---

---

---

---

---

Did you file a complaint with any other federal, state, or local agency, or with any federal or state court? **YES**                      **NO**

If yes, circle each that applies:

- a. Federal Agency
- b. State Agency
- c. Local Agency

- d. Federal Court
- e. State Court

If applicable, please provide information for the agency/court where the complaint was filed:

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Please sign below. You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# City of West Hollywood

## Раздел VI Форма жалобы

Согласно Разделу VI Закона о гражданских правах 1964 года и другим нормативно- правовым актам о недопущении дискриминации, «ни одно лицо в Соединенных Штатах Америки не должно исключаться из участия, лишаться льгот или подвергаться дискриминации в рамках каких-либо программ или мероприятий, получающих федеральную финансовую помощь, ввиду своей расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения». В дополнение к положениям Раздела VI, Город Западный Голливуд также запрещает дискриминацию по половому, возрастному принципу или на основании ограниченных возможностей здоровья.

Следующая информация поможет нам рассмотреть вашу жалобу. Если вам потребуется помощь в заполнении формы, непременно сообщите нам. Заполните эту форму и отправьте ее по адресу:

Transportation Program Administrator  
City of West Hollywood  
8300 Santa Monica Blvd.  
West Hollywood, CA 90069

Имя и фамилия истца

Составитель жалобы (если жалоба составлена не истцом)

\_\_\_\_\_

Составитель жалобы приходится истцу

\_\_\_\_\_

Контактная информация истца

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

Номер телефона (домашний) \_\_\_\_\_

Индекс\_(рабочий) \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Лицо, подвергшееся дискриминации (если не является истцом)



# City of West Hollywood

Имя и фамилия \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Что из перечисленного ниже наилучшим образом описывает причину, по которой, по вашему мнению, имела место дискриминация?

(обведите кружком)

a. Раса

b. Цвет кожи

c. Национальное происхождение

d. Пол

e. Возраст

f. Ограниченные возможности

Когда произошел заявленный случай дискриминации?

Предоставьте краткое описание ситуации. Опишите заявленный случай нарушения, а также укажите место происшествия, имена, фамилии и контактную информацию свидетелей.

---

---

---

---

---

---

Укажите как можно более конкретно действия, которые, по вашему мнению, следует предпринять для урегулирования жалобы:

---

---

---

---

---

---



# City of West Hollywood

Подавали ли вы такую жалобу в какой-либо другой федеральный орган, орган штата или местный орган, в федеральный суд или суд штата?  
(обведите кружком один ответ) **Да Нет**

Если да, обведите каждый соответствующий вариант:

Федеральный орган  
Орган штата  
орган

Федеральный суд  
Суд штата Местный

Пожалуйста, сообщите информацию о контактном лице в органе или суде, в который была подана жалоба.

Имя и фамилия \_ Адрес

Город \_\_\_\_\_ Штат

Телефона

Адрес электронной почты

Индекс