

第六章投诉表格
布莱克斯堡的过境

第一部分：				
名称：				
地址：				
电话(家)：			电话(工作)：	
电子邮件地址：				
可访问的格式。要求吗？	较大的打印 拓展署		音频磁带 其他	
第二部分：				
您提交此投诉代表您自己吗？			是*	无
*如果您的回答为“是”这一问题 请转至第三节。				
如果不是， <input type="checkbox"/> 提供名称和关系的人 您的投诉：				
请说明您为什么要申请了第三方：				
请确认您是否已获得许可的感到受屈的一方如果提出代表第三方。			是的	无
第三部分：				
我认为歧视我经历的基础是 (选中所有适用的项)： [赛事] [彩色] <input type="checkbox"/> 国家原产地 日期指称的歧视 (月、日、年)： _____ 解释得尽量清楚发生了什么和为什么你认为你是受歧视的。 所有人的参描述 包括名称和关系信息。 的人歧视你 (如果已知) 以及姓名和联系人信息的任何证人。 如果需要更多空间时, 请使用本表格背面。 _____ _____				
第四节				
你以前提出的第六章投诉与本机构？			是的	无
第五节				
你提出这种申诉与任何其他联邦、州或当地的机构，或与任何联邦或国家的法院？				

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 所有适用的 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 联邦机构：_____	
<input type="checkbox"/> 美国联邦法院 <input type="checkbox"/> 国家原子能机构 _____ <input type="checkbox"/> 国家	
<input type="checkbox"/> 注：	<input type="checkbox"/> 本地/州
请提供有关联系人的信息的人员在机构 归档备案。 / 法院投诉。	
名称：	
标题：	
机构：	
地址：	
联系电话：	
第六节	
名称的机构的投诉：	
联系人：	
标题：	
电话号码：	

您可以将任何的书面材料或其他信息，您觉得是有关
 投诉。

签名和日期所需低于

 签名日期

请在提交此表单中的人员在以下地址，或通子件送此表

联系人：法规管理器
2800 商贸街，布莱克斯堡
VA 24060