

列克星敦地区都市规划组织

ADA 歧视投诉表

《美国残疾人法案》（ADA）第二章规定，“任何符合条件的残疾人均不得因此类残疾而被排除在参与之外、被剥夺利益或受到歧视”在提供政府服务、计划和活动方面。此投诉流程旨在让公众成员解决与列克星敦地区都市规划组织的冲突，这些冲突涉及在获得 MPO 计划、服务或活动时受到歧视的指控。

第一节：请写清楚				
1. 姓名:				
2. 地址:				
3. 电话:			辅助电话 (可选) :	
4. 电子邮件地址:				
5. 无障碍格式要求?	大字体		录音带	
	TDD		其他	
Section II:				
6. 您是否代表您自己提出此投诉?			是的*	不
*如果您对#6 的回答是“是”，请转到第三部分。				
7. 如果您对第 6 项的回答为“否”，您要为其提交此投诉的人的姓名是什么？姓名：				
8. 你和这个人是什么关系:				
9. 请说明您为何申请第三方:				
10. 请确认您已获得受害方的许可以代表他们提交。			是的	不
Section III:				
11. 残疾类型： [] 身体的 [] 精神的 [] 其他				
12. 请提供涉嫌歧视行为的日期和地点。请包括最早的歧视日期和最近的歧视日期。				

13. 您是如何被歧视的？描述涉嫌歧视的行为、决定或条件的性质。尽可能清楚地解释发生了什么以及为什么您认为您的受保护身份（基础）是歧视的一个因素。包括如何对待其他人与您不同。（如有必要，请附加其他页面。）

14. 法律禁止恐吓或报复任何人，因为他/她已采取行动或参与行动以确保受这些法律保护的权利。如果您觉得自己受到了报复，除了上述歧视之外，请说明情况。说出您认为是造成所谓报复的原因的行动。（如有必要，请附加其他页面。）

15. 对歧视行为负责的个人、机构或部门的名称:

姓名:	地址:	电话:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

16. 我们可能会联系以获取更多信息以支持或澄清您的投诉的人员（证人、同事、主管或其他人）的姓名：（如有必要，请附上其他页面。）

姓名:	地址:	电话:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

17. 如果适用，请提供您认为有助于调查的任何其他信息和/或照片。（如有必要，请附加其他页面。）		
18. 投诉时提交的照片？ ___ 是的 ___ 不		
Section IV:		
19. 您之前是否曾向列克星敦地区 MPO 提交过 ADA 投诉？	是的	不
Section V:		
20. 您是否已向任何其他联邦、州或地方机构或任何联邦或州法院提出此投诉？ <input type="checkbox"/> 是的* <input type="checkbox"/> 不 如果是，请检查所有适用的： <input type="checkbox"/> 联邦机构 _____ <input type="checkbox"/> 国家机构 _____ <input type="checkbox"/> 联邦法院 _____ <input type="checkbox"/> 当地机构 _____ <input type="checkbox"/> 州法院 _____ _____		
21. 如果您对#20 回答“是”，请提供有关提交投诉的机构/法院的联系人的信息。		
姓名:		
标题:		
机构:		
地址:		
电话:	电子邮件地址:	

您可以附上您认为与您的投诉相关的任何书面材料或其他信息。

下方需要签名和日期才能填写表格:

签名: _____

日期: _____

提交表格和任何其他信息到:

Chris Evilia, Director
列克星敦地区都市规划组织
101 East Vine Street, Suite 700
Lexington, KY 40507
Phone: 859-258-3167
cevia@lexingtonky.gov