



SAN FRANCISCO BAY AREA RAPID TRANSIT DISTRICT TITLE VI-BESCHWERDEFORMULAR

Name des Beschwerdeführers		Telefon (privat)
Privatanschrift Straße	Stadt, Bundesland	PLZ
Rasse/ethnische Zugehörigkeit	Geschlecht	E-Mail-Adresse
Person, die einer Diskriminierung ausgesetzt war (falls nicht der Beschwerdeführer)		Telefon (privat)
Privatanschrift Straße	Stadt, Bundesland	PLZ
		Telefon (geschäftlich)

1. SPEZIFISCHER GRUND FÜR DIE DISKRIMINIERUNG (bitte zutreffende(s) Feld(er) markieren):

- Rasse Hautfarbe Nationalität

2. Datum der mutmaßlichen Diskriminierung(en) _____

3. BESCHWERDEGEGNER (Person, gegen die die Beschwerde geführt wird)

Name	
Position	Arbeitsort

4. Beschreiben Sie, wie Sie diskriminiert wurden. Was ist passiert und wer war verantwortlich? Wenn Sie mehr Platz benötigen, fügen Sie bitte weitere Seiten als Anlage bei.

5. Haben Sie diese Beschwerde bei einer anderen Bundes-, bundesstaatlichen oder örtlichen Behörde bzw. bei einem Bundes- oder Bundesstaatsgericht eingereicht? Ja Nein

Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, markieren Sie bitte jede Behörde, bei denen die Beschwerde eingereicht wurde:

- Bundesbehörde Bundesgericht Bundesstaatsbehörde Bundesstaatsgericht

- Örtliche Behörde Datum der Einreichung _____

6. Bitte geben Sie die Kontaktperson für die andere Behörde oder das Gericht an, bei der/dem Sie die Beschwerde eingereicht haben:

Name	
Anschrift Straße	Stadt, Bundesstaat
PLZ	Telefon

Bitte unterschreiben und fügen Sie alle Nachweise als Anlage bei.

Unterschrift	Datum
--------------	-------