

# 老年人生活护理中心关于标题六投诉表格

## 投诉表格

<b>第一部分：请用英文填写以下内容；</b>		
1. 姓名：		
2. 地址：		
3. 电话：	3. 其他电话（选填）：	
4. 邮箱地址：		
5. 可以接受何种回访方式？	<input type="checkbox"/> 信件	<input type="checkbox"/> 电话录音
	<input type="checkbox"/> 网络联系	<input type="checkbox"/> 其他
<b>第二部分</b>		
6. 请问您是否代表您本人填写这份投诉表格？	是*	否
*如果您在第六题回答“是”，则请到第三部分答题。		
7. 如果您在第六题回答“否”，则请问您是代表谁填写这份表格？ 姓名：		
8. 您与这位先生（女士）的关系是：		
9. 请解释您向第三方申请投诉的原因：		
10. 请问您是否已获得代表受害方的授权文件	是	否
<b>第三部分：</b>		
11. 我认为我所受到的歧视是属于（可多选）： <input type="checkbox"/> 种族 <input type="checkbox"/> 肤色 <input type="checkbox"/> 原国籍		
12. 遭受歧视的日期：（月/日/年）		
13. 请简述您遭受歧视的原因与经过，并描述出所有与此次事件有关人员、相关目击证人的姓名与联系信息（假如您知道）。如需更多空白位置，请随附纸张。		

# 老年人生活护理中心关于标题六 (Title VI) 投诉表格 第二页

## 投诉表格

<b>第四部分:</b>		
14. 请问您是否曾经申请过向老年人生活护理中心提交过投诉?	是	否
<b>第五部分:</b>		
15. 您是否曾将这个投诉提交给其他联邦、州、或地方机构, 或者任何联邦或州法院? [ ] 是* [ ] 否		
如是, 请填写您所提交的部门:		
[ ] 联邦机构 _____	[ ] 州政府机构 _____	
[ ] 联邦法院 _____	[ ] 地方机构 _____	
[ ] 州法院 _____		
16. 如您在第 15 题回答“是”, 请提供您提交申请的该机构/法院的联系人信息。		
姓名:		
职位:		
机构名称:		
地址:		
电话:		邮箱:
<b>第六部分:</b>		
投诉被驳回的代理机构名称:		
联系人:		
电话:		

您可随附任何有关于此投诉的书面材料或相关信息。

您需要在以下位置签名与填写日期:

签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

请将此表格提交或邮寄到以下地址:

LIFE ElderCare Executive Director  
3300 Capitol Ave, Fremont, CA 94538