



本顿县 ADA 和第六章歧视投诉程序

1. 任何人如若认为自己受到了《美国残障人士法案》(Americans with Disabilities Act, ADA) 或 1964 年《民权法案》(Civil Rights Act) 第六章所禁止的歧视, 均可向本顿地区交通运输 (Benton Area Transit, BAT) 提出投诉。投诉也可由代表代为提出。所有投诉都将提交给本顿县的第六章协调员进行审查和处理。
2. 为按照本程序对投诉进行审理, 投诉人必须在以下日期后 180 天内提出投诉: a) 被指控的歧视行为发生之日; 或 b) 如果该行为持续发生, 则为行为停止之日。在这两种情况下, 第六章协调员可以出于公正利益延长申请时间或撤销时间限制, 前提是需要以书面形式说明这样做的理由。
3. 投诉应以书面形式提交, 并由投诉人和/或投诉人代表签名。投诉应尽可能包含与指称歧视有关的全面事实和情况。如果有人向本顿县官员或员工口头投诉歧视行为, 本顿县第六章协调员将与此人进行面谈。如有必要, 第六章协调员将协助此人将投诉简化为书面形式, 然后提交附有此人签名的书面版本。
4. 在 30 天内, 本顿县第六章协调员将确认收到指控, 并告知投诉人为处理指控已采取或拟采取的行动, 以及可利用的其他补救途径, 如俄勒冈州运输署 (Oregon Department of Transportation, ODOT) 和联邦交通运输局 (Federal Transit Administration, FTA)。
5. 如果投诉人对调查结果不满, 可对决定提出上诉。可通过书面或电话通知 BAT 或直接告知第六章协调员申请上诉。
6. 任何上诉都将由本顿县公共工程主任 (Public Works Director) 审理, 其将在审理期间联系投诉人, 要求其提供更多信息, 并说明对投诉结果不满的原因。二级调查员将对所有证据进行审查, 并做出新的决定。
7. 接收者将把所有指控转达给 ODOT。一般而言, 向 ODOT 发出的每份通知均会包含以下信息:
 - a. 投诉人的姓名、地址和电话号码。
 - b. 涉嫌歧视官员的姓名和地址。
 - c. 投诉依据 (即种族、肤色或原国籍)
 - d. 涉嫌歧视行为的日期。
 - e. 接收者收到投诉的日期。
 - f. 投诉陈述。
 - g. 收到过该投诉的其他机构 (州、地方或联邦)。
 - h. 本顿县为解决投诉问题已采取或拟采取的行动说明。



- i. 在收到投诉后 90 天内，本顿县公共工程主任将书面通知投诉人最终决定，包括拟议的处理方式。该通知将告知投诉人，如果他们对本顿县做出的最终决定不满，则有权向 ODOT 或 FTA 提出上诉。调查结束后，公共工程主任还将向 ODOT 和/或 FTA 提供本决定的副本和调查结果摘要。
8. 如果投诉人对上诉结果不满意，或希望直接向外部机构提出投诉，则可通过以下方式联系第六章的各行政管辖区：

Oregon Department of Transportation
Office of Civil Rights
Attn: Intermodal Civil Rights Manager
355 Capitol Street, NE
Salem, OR 97301
503-986-3169

Federal Transit Administration
Office of Civil Rights
Attention: Title VI Program Coordinator
1200 New Jersey Ave.,
SE Washington, DC 20590

FTA 投诉程序也可从此网站进入：www.fta.dot.gov。FTA 第九章第 4702.1A 条指令中也概述了这些程序的内容。投诉人有权直接与这些组织联系；但是，最终所有初步调查都将由本顿县负责处理，因为他们有资源和渠道可以直接与任何相关员工面谈。



本顿县 ADA 和第六章投诉表

姓名: _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

电话号码: _____

您是否因以下原因（可选择多项）而受到歧视:

- 种族
- 残障
- 肤色
- 其他原因: _____
- 原国籍

指称事件的日期和时间: _____

请尽可能清楚地说明发生的事件以及您受到歧视的过程。说明涉及的人员及交通路线和车辆（如有）。请务必提供任何证人的姓名和联系信息。如需更多填写空间，请另附页面。

您是否曾向任何其他联邦、州立或地方机构或任何法院提出过此投诉? 是 否



如果是，请勾选并指出所有适用的选项：

- 联邦机构 _____
- 联邦法院 _____
- 州政府机构 _____
- 州法院 _____
- 地方机构 _____

请提供提交投诉的机构或法院联系人的信息。

姓名： _____

地址： _____

城市、州、邮政编码： _____

电话号码： _____

请在下方签名。您可以附加您认为与投诉事件相关之其他书面数据或其他信息。

签名

日期

请将此表邮寄至：

ADA and Title VI Coordinator
Benton County Public Works Director
Benton Area Transit
360 SW Avery Ave.
Corvallis, OR 97333