

## **Pioneer Valley Transit Authority**

## **EEO Complaint Form**

The Pioneer Valley Transit Authority (PVTA) is committed to equal employment opportunity (EEO) and ensures that no employee, applicant or potential applicant is discriminated against on the basis of race, color, creed, national origin, sex, gender identity, age, or disability.

**Instructions:** If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, creed, national origin, sex, age, or disability and would like to submit an EEO Complaint to the Pioneer Valley Transit Authority, please complete this form. The information requested is necessary in order to process your complaint, which must be submitted within 180 days from the date the alleged discrimination occurred.

If you need assistance with completing this form, contact the EEO Officer at (413) 732-6248 ext. 230.

Return your completed form to:		Pioneer Valley Transit Authority Attention: EEO Officer 2808 Main Street Springfield, MA 01107			
Check One: You are	Applicant	Employee			
1. Name (Complainant)	)				
2. Address	(Street)	(City)	(State)	(Zip Code)	
3. Telephone Number (	(Home)		(Cell)		
4. Name of person disc (If someone other that					
5. Address	(Street)	(City)	(State)	(Zip Code)	
6. Telephone Number (	(Home)		(Cell)		
7. Which of the followi (Check all that app C 8. Date, time and locati	ly)Race reedSex	ColorNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNationNat	nal Origin (Limite	ation took place? ed English Proficiency)	
		omplaint and how you nal space is required.	ı feel you were dis	criminated against. Please	

itness #1 Name  Idress  (Street Name)  itness #2 Name	(City)  (City)  y contact for additional inf	` ,	
itness #1 Name  Idress  (Street Name)  Itness #2 Name  (Street Name)  (Street Name)  Output  (Street Name)  (Street Name)  (Street Name)	(City)  (City)  (contact for additional inf	(State)  _Phone #  (State)  Cormation or to suppo	(Zip Code) ort/clarify your
st all witnesses (use a separate sheet if itness #1 Name  ddress  (Street Name)	f necessary) (City)	(State) Phone #	
st all witnesses (use a separate sheet if itness #1 Name  ddress  (Street Name)	f necessary) (City)	(State) Phone #	(Zip Code)
ddress(Street Name)	f necessary) (City)	(State)	(Zip Code)
ist all witnesses (use a separate sheet it Vitness #1 Name	f necessary)		(Zip Code)
ist all witnesses (use a separate sheet in vitness #1 Name	f necessary)	_Phone #	
ist all witnesses (use a separate sheet if		Dlague //	
•			
4. How can this complaint be resolved	l to your satisfaction?		
3. Other information you feel may be	reievant to the investigan	ion or your complair	11.!
Other information you feel may be	relevant to the investigation	ion of your complain	nt?
2. Name(s) and title(s) of the person(s	) you believe discriminat	ed against you (if kr	nown).
	iers were treated differen	tly than you.	
. Please explain how you feel that oth	1 1:00		

If yes, which agency (check all that a	pply)?			
Federal Agency Federal State Agency State	ral Court Federal Court Local As	Transit Administration gencyOther		
		(F	Please specify)	
18. If you filed with an agency and/o	r court, please provide the fo	ollowing:		
Contact's Name:				
Address:(Street)				
(Street)	(City)	(State)	(Zip)	
Phone Number:				
Your signature below indicates that the best of your knowledge, information	and belief.	in this EEO Complaint F	Form is true and correct to the	
Your Signature (Complainant)		Date of Filing		
Below is for Internal Use Only (To be Accepted for formal investigation on	,			
Action taken (To be completed by EE	O Officer)			
Rejected on:				
Reason				
Signature	Date			
(EEO Officer)			<del></del>	
Signature	Date			
(PVTA Official)				
Title of PVTA Official				