

华盛顿歧视投诉信息表

请仔细阅读表格。键入或打印您的答案。尽可能完整地回答每个问题。如果您不能在本表格的空白处填写完整答案，您可以添加更多页面。

如果问题或字段旁边有星号(*)，则必须提供该信息。提供要求的其他信息是可选的，但将有助于华盛顿工作来源处理您的歧视投诉。如果你不知道某个问题的答案，请在空白处填写“未知”。如果问题不适用于您的情况，请填写“不适用”

*1. 你是投诉人还是投诉人的代表？请勾选正确的方框。 投诉人 投诉人代表

*2. 请在下面的行中填写您的姓名以及我们要求您提供的其他信息。如果您是投诉人的代表，请在本节中提供投诉人的姓名和联系方式，并在第2A节中提供您自己的姓名和联系方式。

*申诉人姓名

*街道住址

*城市

*州

邮编

可以联络到你的电话号码。

电子信箱

联络你的最佳时间。

2A. 如果您是投诉人的代表，请在此部分提供您的姓名和联系方式。

代表人姓名

代表人组织(如果有)

街道住址

城市

州

邮编

可以联络到你的电话号码 (如果你不想让我们打电话给你，就不要给你的工作号码)

电子信箱

联络你的最佳时间

对于本表格中的其他问题，如果您代表其他人提交歧视投诉，“您”是指该人(投诉人)，而不是您本人。请给出投诉人在填写表格时会给出的答案。

*3. 本歧视投诉涉及以下情况 (请勾选相应方框) :

只有本人 本人及其他人 其他人，但不包括我

3A. 我是: 顾客 工作人员 申请工作者

*4. 请提供您投诉的WorkForce中心、服务提供者或组织的名称。如果您有服务提供者或组织的任何联系信息，请同时提供这些信息。

*办公室或组织的名称

电话号码

街道住址或信件地址

电子信箱

城市

州

邮编

电话号码

*5. 您投诉的歧视涉及哪些项目？如果你不知道该计划的名称，你的歧视投诉不涉及WorkForce中心或服务提供者，请勾选“不知道”

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Workforce 创造与机会法案计划 | <input type="checkbox"/> 移民和季节性农场工人计划 |
| <input type="checkbox"/> 失业保险福利计划 | <input type="checkbox"/> 其他（什么计划？） |
| <input type="checkbox"/> 就业服务 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| <input type="checkbox"/> 行业援助法计划 | |

6. workforce 中心、服务提供商或组织中针对上述第4项列出的哪些人参与了所谓的歧视？如果您需要更多空间列出所有人员，请在此表格中附加更多页面。

有关人员姓名	职称	电话号码
--------	----	------

*7. 你认为所谓歧视的依据（原因）是什么？请勾选你认为与涉嫌歧视有关的依据（原因）旁边的方框，并回答与该方框相关的任何其他问题。如果您不勾选至少一个复选框，您将减慢歧视投诉的处理速度。您可以选择多个选框。

- 因为我的国籍（请回答以下问题。）
你是西班牙裔或拉丁裔吗？ 是 不是
您的国籍是什么（您、您的父母、您的祖父母或您的先辈来自哪个国家）？
- 因为我的英语水平有限（你觉得最适合用哪种语言交流？）
(例如，西班牙语、克罗地亚语、柬埔寨语)
- 因为我的种族（请回答以下问题。）
你的种族是什么？请勾选所有适用项。
 白种人 黑人或非洲裔人 美国印第安人或阿拉斯加原住民
 亚洲 夏威夷原住民或其他太平洋岛国人
- 因为我的性别（具体说明： 男 女
- 因为我的肤色 因为我的宗教 因为我的年龄(你的出生日期?)
- 因为我的政治派别或政治信仰
- 因为我的残疾（请勾选以下三个框中的一个。） 我有残疾记录
 我有残疾（目前可能有效或无效）。 我没有残疾，但组织或项目将我视为残疾。
- 因为我的公民身份(你的公民身份是什么?)
- 因为我参加了一个接受联邦财政援助的项目（该项目名称是什么？）
- 我被报复是因为我抱怨歧视，或者因为我在调查中发表声明，在歧视诉讼中作证，或以其他方式卷入歧视投诉。

*8请解释发生了什么，你（或其他人）是如何受到伤害的，以及你如何或为什么认为发生的事情是因为歧视。如果其他人或群体受到与您不同的对待，请描述谁受到不同的对待，他们的待遇如何不同，以及不同的待遇如何伤害您（或您认为受到歧视的其他人）。请具体和简短。提供相关人员的姓名和联系方式。如果您的答案不能全部写进下面的空白处，请使用更多的纸张完成您的答案，并将这些页面附在此表格中。

***9. 涉嫌的歧视发生在什么日期?**

9A. 发生日期: _____

9B. 最近一次行动的日期: _____

9C. 如果最近一次涉嫌歧视性的行动发生在180多天前, 请解释为什么你以前没有提出歧视投诉。

10. 请在下面列出您尚未指名的任何其他人士(证人、同事、主管或其他人), 我们应联系他们以了解您的歧视投诉信息。如果您需要更多空间填写此信息, 请附加其他页面。

姓名	与本案的关系(证人, 同事, 等.)	联系此人的最佳时间.
----	--------------------	------------

电话号码和/或我们可以联系这个人的电子信箱.

12. 你想要什么补救办法?

***13. 请在下面适当的地方签名并注明日期。**

申诉人签字

日期

申诉人代表签字

日期