

## 歧视投诉信息表

使用本表向平等机会发展局提出歧视投诉。如在项目、服务或活动中感觉受到歧视，您可对以下机构提出投诉：纽约州劳工部向您推荐的公共或私人雇主、纽约州劳工部或其雇员，以及根据《劳动力创新与机会法案 (WIOA)》获得联邦资助的机构。你的姓名和信息将在法律允许的最大范围内保密。

要了解更多信息，请浏览：<https://dol.ny.gov/equal-opportunity> 或致电：(518) 457-9000 或(888) 469-7365。有耳聋、听力障碍、聋盲或有语言障碍的人士可致电纽约州中继服务：(800) 662-1220。要获得 TTY|TTD 服务，纽约市请致电：211，州内其他地区请致电：711。

### 说明：

- 将填妥并签署的表格和任何证明文件邮寄至上述地址。  
注意：投诉人或其代表（见第 10 项）必须在第 13 项上签字并注明日期。
- 如果您在填写本表时需要帮助，请联系 DEOD：518-457-1984。  
注意：《劳动力创新与机会法案》相关的投诉必须在投诉事件发生后的 180 天内提交。

### 1. 投诉人信息（提出投诉的个人）：

名字：\_\_\_\_\_ 中间名：\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

社保号：\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 家庭电话：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ 工作电话：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

电子邮件地址：\_\_\_\_\_

你是纽约州劳工部的雇员吗？  是  否

### 2. 被投诉人信息（你投诉的机构、雇主或雇员）：

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

电话：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

3. 我们在什么时候就该投诉与你联系最方便？ \_\_\_\_\_  上午  下午

4a - 4d. 请简述您的投诉。请尽可能简明扼要。如果你认为自己受到了歧视，请详细描述具体情况。如有需要，请另附纸张。此外，请附上与你的案件有关的任何书面材料。

4a. 发生了什么？请说明事件发生的地点。

---

---

---

平等机会雇主/计划  
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。

投诉编号： \_\_\_\_\_

4b. 涉及哪些人？包括证人、同事、主管或其他人。如已知，请提供姓名、地址和电话号码。

---

---

---

4c. 什么时候发生的，具体日期？ \_\_\_\_\_

4d. 你是如何被区别对待的？

---

---

---

5. 你希望如何解决此投诉？

---

---

6. 你是否获得了就业服务？  是  否

7. 你是否觉得自己受到了歧视？  是（如果“是”，请填写第 1 项至第 13 项）  
 否（如果“否”，请跳至第 13 项）

8. 你是如何受到歧视的？选中所有适用项并输入所需信息。

<input type="checkbox"/> 种族（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 遗传易感性和携带者状况（请说明）： _____
<input type="checkbox"/> 肤色（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 退伍军人身份（请说明）： _____
<input type="checkbox"/> 宗教（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 年龄（输入出生日期）： _____
<input type="checkbox"/> 国籍（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 性取向： _____
<input type="checkbox"/> 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 政治派别（请说明）： _____
<input type="checkbox"/> 逮捕和定罪记录（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 家暴受害人： _____
<input type="checkbox"/> 残障（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 报复/打击报复（请说明）： _____
<input type="checkbox"/> 婚姻状况（请说明）： _____	<input type="checkbox"/> 其他（请说明）： _____
<input type="checkbox"/> 公民身份（请说明）： _____	
<input type="checkbox"/> 性骚扰： _____	

9. 你认为发生此事的原因是什么？ \_\_\_\_\_

---

10. 你是否有律师或其他代表来处理此投诉？  是  否

如果“是”，请在下方输入其信息：

姓名： \_\_\_\_\_ 电话： (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

平等机会雇主/计划  
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。

投诉编号：  
\_\_\_\_\_

11. 你是否曾向以下机构就此事提起诉讼或投诉？

美国司法部民权局

纽约州劳工部平等机会发展局

美国平等就业机会委员会

纽约州人权局

美国劳工部民权中心

联邦或州法院

其他：\_\_\_\_\_

12. 对于第 11 项中勾选的每个机构，请输入以下信息。

机构：\_\_\_\_\_

诉讼或投诉日期：\_\_\_\_\_

个案或案卷编号：\_\_\_\_\_

审判或听证日期：\_\_\_\_\_

机构或法院所在地：\_\_\_\_\_

调查员姓名：\_\_\_\_\_

个案状况：\_\_\_\_\_

备注：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

机构：\_\_\_\_\_

诉讼或投诉日期：\_\_\_\_\_

个案或案卷编号：\_\_\_\_\_

审判或听证日期：\_\_\_\_\_

机构或法院所在地：\_\_\_\_\_

调查员姓名：\_\_\_\_\_

个案状况：\_\_\_\_\_

备注：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

机构：\_\_\_\_\_

诉讼或投诉日期：\_\_\_\_\_

个案或案卷编号：\_\_\_\_\_

审判或听证日期：\_\_\_\_\_

机构或法院所在地：\_\_\_\_\_

调查员姓名：\_\_\_\_\_

个案状况：\_\_\_\_\_

备注：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

机构：\_\_\_\_\_

诉讼或投诉日期：\_\_\_\_\_

个案或案卷编号：\_\_\_\_\_

审判或听证日期：\_\_\_\_\_

机构或法院所在地：\_\_\_\_\_

调查员姓名：\_\_\_\_\_

个案状况：\_\_\_\_\_

备注：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. 本人证明，据本人所知，上述信息真实准确。

本人授权将此信息披露给执法机构，以便调查本人的投诉。

本人明白，本人身份将在遵守适用法律的最大限度内保密。

投诉人签名或代表签名（见第 10 项）：

\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

平等机会雇主/计划  
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。  
投诉表到此结束。书写内容请勿超过此线。

----- 仅限纽约州劳工部员工使用 -----

- A. 投诉类型。请勾选所有适用项:  薪资相关  杀虫剂  童工  健康/安全  
 工作环境  住房  歧视  其他: \_\_\_\_\_
- B. ES 相关?  是  否 如果“是”, 工作申请编号: \_\_\_\_\_  
 针对就业服务?  针对雇主?  涉嫌违反 ES 法规?  
 涉嫌违反雇佣法?  
 针对 NYS 劳工标准或 OSHA 执行法律的 MSFW 投诉?
- C. MSFW?  是  否
- D. 针对州外雇主?  是  否
- E. H-2A/标准雇主?  美国国内劳动者  H-2A 劳动者  薪资  住房  
 交通  餐食  其他(请说明): \_\_\_\_\_
- F. 转交至:  NYS EO 办公室  ESA  OSHA  NYS Monitor Advocate  
 NYS 劳工标准  其他: 如果“其他”, 请输入以下信息:  
 机构名称: \_\_\_\_\_ 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_
- G. 是否跟进?  是  否 如果“是”,  每月  每季度 跟进日期: \_\_\_\_\_  
 备注: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 投诉接收人: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_  
 办公室: \_\_\_\_\_ 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

----- 仅限美国劳工部员工使用 -----

- H. 个案编号: \_\_\_\_\_  
 CRC 已收到 CIF:  已接受  未接受  
 备注: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 接收人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
 签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

平等机会雇主/计划  
可根据要求免费向残障人士提供辅助性协助和服务。