

# WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

## 客户投诉信息表

### 投诉号码:

**说明:** 如果您需要投诉, 请填写此表格并提交给就业中心的工作人员。如果您的投诉属于歧视投诉, 您必须将此表格提交给就业中心平等机会官员, 或寄送至: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**。如有需要, 请附上有关您投诉信息的额外页面或任何文件。

### 1. 投诉人 (填写您的信息)

名字 \_\_\_\_\_ 中间名首字母 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

其他地址 (如适用) \_\_\_\_\_

社会安全号码 (选填) \_\_\_\_\_ 住宅电话 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 备用电话 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

电子邮件地址 \_\_\_\_\_

针对此投诉, 我们何时以及通过何种方式与您联系最合适? \_\_\_\_\_

本人同意将有关此投诉的信息分享予 (请列出可以接收有关您投诉信息的家庭成员、朋友或其他人的姓名): \_\_\_\_\_

### 2. 被投诉人 (填写您的投诉对象信息)

您投诉的机构、企业或员工: \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

电话号码 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2a. 被投诉人是否为就业中心?  是  否

如回答是, 则此投诉是关于  培训  客户服务  其他 \_\_\_\_\_

2b. 被投诉人是否为企业?  是  否

如回答是, 您是否经由就业中心工作人员转介至该企业?  是  否 如回答是, 请列明转介时间 \_\_\_\_\_

2c. 被投诉人是否为农场?  是  否

2d. 您的投诉是关于哪个方面 (勾选所有适用选项)?

工资/未付工资  童工  健康和安  工作条件  住房  交通  膳食  农药残留  其他 \_\_\_\_\_

2e. 您的投诉是否与歧视有关?  是  否

### 3. 请简要描述您的投诉。请尽可能明确清晰。如您认为自己受到歧视, 请详细描述具体情况。

a. 情况描述 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. 牵涉人士 (证人、同事、主管等) 如果知道姓名、地址和电话号码, 请予以提供。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. 发生时间和地点 (包括日期) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. 如您认为自己受到区别对待, 请描述具体情况。 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. 是否曾提供给您就业服务?  是  否

5. 您希望如何解决此投诉? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

如此投诉属于歧视投诉，请填写问题 6-10。如此投诉不属于歧视投诉，请转到问题 11。

6. 请勾选所有适用选项。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 种族 (请列明) _____                     | <input type="checkbox"/> 肤色 (请列明) _____          |
| <input type="checkbox"/> 宗教 (请列明) _____                     | <input type="checkbox"/> 原国籍 (请列明) _____         |
| 性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性  | <input type="checkbox"/> 逮捕及定罪纪录 (请列明) _____     |
| <input type="checkbox"/> 残障 (请列明) _____                     | <input type="checkbox"/> 婚姻状况 (请列明) _____        |
| <input type="checkbox"/> 公民权利 (请列明) _____                   | <input type="checkbox"/> 遗传倾向性和携带者状态 (请列明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 性骚扰 _____                          | <input type="checkbox"/> 退伍军人身份 (请列明) _____      |
| <input type="checkbox"/> 年龄 (请列明出生日期) _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> 性取向 _____               |
| <input type="checkbox"/> 政治派别 (请列明) _____                   | <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害者 _____           |
| <input type="checkbox"/> 报复/打击 (请列明) _____                  | <input type="checkbox"/> 其他 (请列明) _____          |

7. 您为什么认为这些事件发生了? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. 您是否针对此投诉指派律师或其他代表?  是  否 如回答“是”，请填下以下信息：

姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

9. 您是否曾就本次事件向以下任何机构提起诉讼或投诉？

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 美国司法部民权司    | <input type="checkbox"/> 纽约州劳动署平等机会发展部 |
| <input type="checkbox"/> 美国平等就业机会委员会 | <input type="checkbox"/> 纽约州人权署        |
| <input type="checkbox"/> 美国劳动部人权中心   | <input type="checkbox"/> 联邦或州法院        |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____    |  |

10. 针对在问题 9 中勾选的每个机构，请填写以下信息：

机构 _____ 提请日期 _____ / _____ / _____	机构 _____ 提请日期 _____ / _____ / _____
个案或案件编号 _____	个案或案件编号 _____
审判或听证日期 _____	审判或听证日期 _____
机构或法院地点 _____	机构或法院地点 _____
调查员姓名 _____	调查员姓名 _____
个案状态 _____	个案状态 _____
备注 _____	备注 _____

11. 本人特此证明，尽本人所知，以上提供的信息均真实准确。本人授权向执法机构披露此信息，用于对本人的投诉进行适当调查。本人了解，按照适用法律和有关本人投诉的公正决定，本人的身份信息将得到最大限度的保密。

\_\_\_\_\_  
投诉人签名 日期

投诉受理工作人员 \_\_\_\_\_ (正楷姓名) 签名 日期

就业中心 \_\_\_\_\_ 电话号码 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_