

WE ARE YOUR DOL



平等机会发展局

《美国残障人士法案》投诉表

如果您在参与服务、活动、计划或福利时遇到与您身体残障相关的困难，请使用本表提出投诉。

请将本表提交至 ADA 协调员、纽约州劳工部(DOL)合理安排指定负责人(DRA)（平等机会发展局[DEOD]局长）；您可以在 www.labor.ny.gov 上找到 ADA 协调员/DRA（DEOD 局长）的联系信息。

投诉信息：

姓名：_____

家庭电话：_____ 手机：_____

家庭地址：_____

电子邮件：_____

1. 您的投诉涉及：

州机构：_____

姓名：_____

职位：_____

地址：_____

电话：_____

2. 您投诉事宜发生的地点和时间：

该情况是否仍在继续？

☐ 是 ☐ 否

3. 请详细说明您在参与服务、活动、计划或福利时遭到的拒绝，以及您认为该拒绝属于歧视行为的原因。如有见证人，请提供见证人姓名；如有其他辅助材料，请提供材料。

4. A. 您是否已就同一事宜向联邦、州或地方政府机构提出过投诉？

☐ 是 ☐ 否

B. 您是否已就该投诉事宜聘请了律师？

☐ 是 ☐ 否

C. 您是否已就该投诉事宜提起过法律诉讼或法院诉讼？

☐ 是 ☐ 否

5. 本投诉表填写人是：

☐ ADA 协调员 ☐ 投诉人

签名：_____ 日期：_____