

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

歧視投訴表

XXX-XX

姓名

SSN (最後四位數)

電話 (家庭)

電話 (工作/手機)

地址

城市

州

郵政編碼

僱主 (分支/單元), 如果適用: _____

1. 工作職位: _____

2. 所謂歧視的基礎: 選擇適用項。

 年齡 基因信息 性取向 拘留/法庭記錄 國家防衛缺失 年長狀況 哺乳 國籍/祖籍 因提出投訴或參與投訴過程
而報復 兒童支持工作 政治信仰 公民身份 種族或人種 騷擾 (基於) * 信用記錄 宗教***必須說明受保護的類別基礎** 殘疾 (身體的或心理的) 關係狀況 家庭/性暴力受害人狀態 性別/性別 (表現或身份)

簡要說明對於所謂歧視你做出過什麼行為, 如果有。 (如果你需要更多地方, 附上更多紙。)

3. 你的投訴是否涉及服務工程中的所謂歧視? 是 號碼4. 你的投訴是否涉及僱傭過程中的所謂歧視? 是 號碼5. 這個歧視是否是針對你的? 號碼 是的, 被誰: _____

6. 解釋你如何, 為什麼認為你被歧視了。請詳細說明并涵括事件中的任何名字, 日期, 見證人, 和地點。 (如果你需要更多地方, 附上更多紙。)

7. 所謂歧視是否針對其他人? 號碼 是的。列明姓名, 地址 和電話號碼。

8. 所謂歧視的具體日期或時間區是什麼?

9. 請說明你尋求的寬慰/改進。

10. 我會通知 Department of Human Services, Personnel Office, Civil Rights Compliance Staff, P. O. Box 339, Honolulu, Hawaii 96809-0339, 如果我變更 我的地址或電話號碼。我發誓或確認我閱讀了上述聲明, 以我的了解的情況和認知, 它們是準確的。

請完成複審, 簽名及日期, 并返還至上述地址。

簽名 _____

日期 _____