

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

差別に関する苦情

XXX-XX

氏名

ソーシャルセキュリティ番号 (下4桁)

電話番号 (自宅)

電話番号 (職場/携帯)

住所

市

州

郵便番号

雇用者 (ディビジョン/ユニット)、該当する場合: _____

1. 役職名: _____
2. 差別申し立ての根拠: 当てはまるものを選択してください。
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 年齢 | <input type="checkbox"/> 遺伝情報 | <input type="checkbox"/> 性的指向 |
| <input type="checkbox"/> 逮捕/法廷記録 | <input type="checkbox"/> ナショナルガードの欠勤 | <input type="checkbox"/> 退役軍人ステータス |
| <input type="checkbox"/> 母乳哺育 | <input type="checkbox"/> 出身国/家系 | <input type="checkbox"/> 苦情の提出または苦情プロセスへの参加に対する報復 |
| <input type="checkbox"/> 養育費割当 | <input type="checkbox"/> 政治思想 | <input type="checkbox"/> ハラスメント (以下に基づく) * |
| <input type="checkbox"/> 市民権 | <input type="checkbox"/> 人種または肌の色 | <small>*保護されているクラスに基づくハラスメントであることを示すものでなければなりません</small> |
| <input type="checkbox"/> クレジット履歴 | <input type="checkbox"/> 宗教 | |
| <input type="checkbox"/> 障害 (身体的または精神的) | <input type="checkbox"/> リレーションシップのステータス | |
| <input type="checkbox"/> 家庭内/性的暴力の被害者ステータス | <input type="checkbox"/> 性別 (表現またはアイデンティティ) | |

かかる差別に対して、何らかの措置を取ったことが場合には、それについて簡潔に説明してください。(スペースが足りない場合は、別紙を添付してください。)

3. あなたが申し立てる差別は、サービスの提供に関連していますか? はい いいえ
4. あなたが申し立てる差別は、雇用に関連していますか? はい いいえ
5. あなたが申し立てる差別は、あなたに対するものですか? いいえ はい。差別を行った人: _____
6. あなたが差別されたと信じる理由と状況を説明してください。名前や日付、目撃者、および差別が行われた場所など、具体的に詳しく説明してください。(スペースが足りない場合は、別紙を添付してください。)
7. あなたが申し立てる差別は、他の人に対するものですか? いいえ はい。氏名、住所、電話番号を記入してください。
8. あなたが申し立てる差別が起こった日付と時間を具体的に記入してください?
9. ご希望の救済/改善状況を記述してください。

10. 私は、住所または電話番号が変わった場合には、Department of Human Services, Personnel Office, Civil Rights Compliance Staff, P. O. Box 339, Honolulu, Hawaii 96809-0339 に通知します。私は上記の声明を読み、その内容が私の知識と信念が及ぶ限りでは真実であることを誓言および断言します。

本書に完全にご記入になり、内容をご確認の上、ご署名および日付を記入して、上記のアドレスに返送してください。

署名 _____ 日付 _____