

指控歧視的投訴表格

投訴人資料:

請儘快在指控的歧視或騷擾事件發生之後填妥每個恰當的項目，將本表交給以下平等機會辦公室（Office of Equal Opportunity）：

OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY & DIVERSITY MANAGEMENT
E.O. Complaint Unit
65 Court Street, Room 1102
Brooklyn, NY 11201
電話號碼： 718-935-3320
傳真號碼： 718-935-2531

➤ 必須在作為本投訴的主題的事件發生之後一年之內提出投訴。但是，由家長和/或代表學生提出的投訴並不受此一年期限的限制。

➤ 該表格的使用者應是提出投訴的人以及代表一名僱員或學生報告一項投訴的人。

➤ 請清楚填寫所有要求的資料。

➤ 另外，如必要，請另附紙以及支援證據材料。

勾選 (☑) 一項：

僱員

學生

家長

工作
申請人

其他

報告者

您的姓名： _____

您的職銜： _____

*學生姓名： _____

(* 如適用)

家庭住址： _____ 市： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

電話號碼 家庭電話： _____ 手機： _____ 工作電話： _____

校園負責人資訊:

校長或校園負責人的姓名： _____

職銜： _____

學校/辦公室/學區： _____

校園地址： _____

校園電話號碼： _____

投訴的性質:

1. 勾選☑下面您認為被歧視的理由。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 年齡 | <input type="checkbox"/> 合作夥伴身分（不適用於學生） |
| <input type="checkbox"/> 外國人身分/公民身分 | <input type="checkbox"/> 易患某種疾病的基因特點（不適用於學生） |
| <input type="checkbox"/> 曾被逮捕/定罪（不適用於學生） | <input type="checkbox"/> 種族 |
| <input type="checkbox"/> 膚色 | <input type="checkbox"/> 宗教 |
| <input type="checkbox"/> 信仰 | <input type="checkbox"/> 報復（因提出歧視投訴） |
| <input type="checkbox"/> 殘障狀況 | <input type="checkbox"/> 性騷擾 |
| <input type="checkbox"/> 族裔/原國籍 | <input type="checkbox"/> 性取向 |
| <input type="checkbox"/> 性別 | <input type="checkbox"/> 作為家庭暴力、性犯罪或尾隨盯梢的受害者的身分（不適用於學生） |
| <input type="checkbox"/> 婚姻狀況（不適用於學生） | <input type="checkbox"/> 體重（僅適用於學生） |
| <input type="checkbox"/> 服兵役狀況（不適用於學生） | <input type="checkbox"/> 無業狀態（僅適用於工作申請人） |

2. 您認為有歧視行為的人員的姓名/職銜

1.姓名: _____	1.職銜: _____	2.姓名: _____	2.職銜: _____
3.姓名: _____	3.職銜: _____	4.姓名: _____	4.職銜: _____

3. 在哪裏發生? 在校內 在校外 在教育局中央辦公室

4. 所指控的歧視發生的日期。

月: _____ 日 _____ 年 _____	月: _____ 日 _____ 年 _____
月: _____ 日 _____ 年 _____	月: _____ 日 _____ 年 _____

5. 解釋所發生的事情（如果有，請寫出姓名和證據；如果需要，請另附紙說明）。

6. 您尋求何種救助辦法或糾正行動?

簽名: _____

日期: _____