



弗吉尼亚州就业委员会 (VEC)
人力资源管理服务
邮政信箱 26441
Richmond, VA 23261-6441
(804)786-3466/ (804)371-2814 传真
VRC: 711

平等机会歧视投诉表

请仔细阅读表格。**键入或打印您的答案。**尽可能完整地回答每一个问题。如果表格区域写不下您的所有回答，您可以增加更多页数。如果您不知道问题的答案，请在答案区域内回答“不知道”。如果问题并不适用于您的情况，请回答“不适用”。

1. 您是否为投诉人（VEC 客户）或投诉人的代理人？请勾选正确答案框。请勾选正确答案框
☐ 投诉人 ☐ 代理人
2. 请提供您的姓名，以及其它我们要求您在下方行上提供的信息。如果您是代理人，请在此部分提供投诉人的姓名和联系方式，并在第 3 部分提供您自己的姓名和联系方式。

投诉人姓名

街道地址

市

州

邮政编码

我们能够联系到您的电话号码。（如果您不希望我们致电您的工作电话，则不要提供。）

电子邮件地址

与您联系的最佳时间

3. 如果您是投诉人的代理人，请在此部分提供您的姓名和联系方式，并附上投诉人授权您担任其代理人的签署信函或其他文件。

代理人姓名	代理人机构（如果有的话）
-------	--------------

街道地址

市	州	邮政编码
---	---	------

电话号码	电子邮件地址
------	--------

对于该表上的其余问题，如果您代表他人提起投诉，则“您”指的是该人员（投诉人），而不是您自己。请提供投诉人在填写表格时会给出的答案。

4. 该投诉与发生在下列人员身上的事情有关（请勾选适当方框）：

☐ 仅我自己 ☐ 我和其他人 ☐ 其他人，但不是我

5. 请提供您投诉的机构、组织或企业的名称。如果您有任何该机构、组织或企业的联系信息，和/或如果您知道您认为对您进行歧视的人员的姓名，也请提供此类信息。如果您需要更多区域提供全部信息，请随此表格附加几页。

部门、单位、办公室名称	电话号码
-------------	------

街道或邮寄地址	电子邮件地址
---------	--------

您认为歧视之人的姓名	职称
------------	----

6. 您投诉的歧视涉及哪个计划？如果您不知道计划名称，以及您的投诉不涉及美国就业中心 (American Job Center) 或州政府或地方政府，请勾选“不知道”。

- ☐ 《劳动力投资法》和/或《员工创新与机遇法》计划
- ☐ 失业保险 ☐ 就业服务或职业服务
- ☐ 《贸易援助法》计划 ☐ 移民和季节性农场工人计划
- ☐ 退伍军人服务 ☐ RESEA
- ☐ 其他（什么计划？ _____）
- ☐ 不知道

7. 您认为所指称歧视的根据（原因）是什么？请勾选所有您认为的歧视所涉及根据（原因）旁的方框，并回答与此方框相关的任何其他问题。

☐ **因为我的原国籍**（请回答以下问题。）

您是否为西班牙裔或拉丁裔？ ☐ 是 ☐ 否

您的原国籍是什么（您、您的父母、您的祖父母或您更早的祖先来自的国家）？

☐ 由于我的英语能力有限（您觉得用什么语言交流最舒服？例如，西班牙语、克罗地亚语、柬埔寨语）

☐ **因为我的种族**（请回答下方问题。）

您是什么种族？请勾选所有适用项。

☐ 白人或高加索人

☐ 黑人或非裔美国人

☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民

☐ 夏威夷土著或其他太平洋岛民

☐ 亚裔

☐ 其他 _____

☐ **因为我的性别**（您的性别是什么？ _____）

☐ **因为我怀孕**

☐ **性骚扰**

☐ **因为我的性取向**（您的性取向是什么？ _____）

☐ **因为我的性别认同**（您的性别认同是什么？ _____）

☐ **性骚扰**

☐ **因为我的肤色**（您是什么肤色？ _____）

☐ **因为我的宗教信仰**（您的宗教信仰是什么？ _____）

☐ **因为我的年龄**（您的出生日期是什么时候？ _____）

☐ **退伍军人身份**

☐ **因为我的政治立场或政治信仰**（您的政治立场或政治信仰是什么？ _____）

☐ **因为我的残疾**（请勾选以下三个方框中的其中一个。）

☐ 我有残疾（该残疾现在可能有影响或没有影响）。（您有什么残疾？ _____）

☐ 有残疾记录。 (您过去有什么残疾? _____)

☐ 没有残疾, 但该机构把我当残疾人一样对待。

☐ **因为我的公民身份** (您的公民身份是什么? _____)

☐ **因为我参与接受联邦财政援助的计划** (请指出计划名称: _____)

☐ 我遭到了**报复** (打击报复), 因为我提起了歧视投诉, 或者因为我进行了陈述或以其他方式参与了别人的歧视投诉。请提供详细信息

8. 对于您在上方勾选的每一个根据 (歧视原因), 请解释发生了什么, 您 (或其他人) 如何被发生的事情伤害, 以及您认为如何或为何发生事情的原因是您勾选的根据。例如, 您勾选了“**因为我的种族**”, 则请列出您认为的事实, 解释您认为**如何或为何**发生的事情的原因是因为被伤害人员的种族。

如果其他人或群体遭受了与您不同的对待 (或其他您认为遭受歧视的人), 请描述谁遭受了不同对待, 他们遭受的对待如何不同, 以及这种不同的对待如何伤害了您 (或其他您认为遭受歧视的人)。请具体扼要说明。如果可以的话, 请提供任何涉及人员的姓名和联系方式。

如果下方区域写不下您的答案, 请用更多的纸张完成填写您的答案, 并将这些纸张随附于此表。

-
9. 所指称歧视发生的日期?

a. 首次行动日期:

b. 最近行动日期:

c. 如果最近行动日期超过 180 天, 请解释为什么在此之前您没有投诉。

10. 请在下方列出您已指明的其他任何人 (证人、同事、主管或其他人), 以及我们就您的投诉相关信息应该联系的人士。如果您需要更多地方填写此类信息, 请随附更多页面。

人员姓名	与案件的关系（证人、同事等）	联系该人员的最佳时间
------	----------------	------------

我们可联系到该人员的电话号码和/或电子邮件地址。

11. 您寻求的补救措施是什么？

12. 请在下方适用于您的区域上为此表格签名并注明日期。您还必须阅读下一页的通知，名为“调查信息使用通知”，然后在同意书上签名并注明日期。

投诉人签名

日期

请将投诉发送邮件，电子邮件或传真至：

邮件： Shirley M. Bray-Sledge
人力关系经理
弗吉尼亚州就业委员会
6606 West Broad Street
Richmond, Virginia 23230

传真： (804)371-2814

VRC： 711

电子邮件： Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov

通过电子邮件提交表单

打印表格