



## 歧视投诉信息表

使用此表向多元、公平、包容与机会办公室提出歧视投诉。投诉对象可以是：纽约州劳工部向您推荐的公立机构雇主或私营雇主、纽约州劳工部或其员工，以及依据《劳动力创新与机会法案》（WIOA）获得联邦资金的接受方。您可以指控他们在其计划、服务和活动中存在歧视。您的姓名和信息将在法律允许的最大范围内予以保密。

要了解更多信息，请浏览：<https://dol.ny.gov/equal-opportunity> 或致电：(518) 457-9000 或 (888) 469-7365。有耳聋、听力障碍、聋盲或有语言障碍的人士可致电纽约州中继服务：(800) 662-1220。要获得TTY|TTD服务，纽约市请致电：211，州内其他地区请致电：711。

### 说明：

- 将填妥并签署的表格和任何证明文件邮寄至上述地址。  
注意：投诉人或其代表（见第10项）必须在第13项上签字并注明日期。
- 如果您在填写本表时需要帮助，请联系DEOD：518-457-1984。  
注意：《劳动力创新与机会法案》相关的投诉必须在投诉事件发生后的180天内提交。

### 1. 投诉人信息（提出投诉的个人）：

名字：\_\_\_\_\_ 中间名：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

社保号：\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 家庭电话：(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

工作电话：(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 电子邮件地址：\_\_\_\_\_

你是纽约州劳工部的雇员吗？ 是 否

### 2. 被投诉人信息（你投诉的机构、雇主或雇员）：

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

电话：(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. 我们在什么时候就该投诉与你联系最方便？ \_\_\_\_\_ 上午 下午

4a – 4d. 请简述您的投诉。请尽可能简明扼要。如果你认为自己受到了歧视，请详细描述具体情况。如有需要，请另附纸张。此外，请附上与你的案件有关的任何书面材料。

4a. 发生了什么？请说明事件发生的地点。



**Complaint Number:**  
\_\_\_\_\_

10. 你是否有律师或其他代表来处理此投诉？ 是 否  
如果“是”，请在下方输入其信息：

姓名: \_\_\_\_\_ 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

11. 你是否曾向以下机构就此事提起诉讼或投诉？

美国司法部民权局

纽约州劳工部多元、公平、包容与机会办公室

美国平等就业机会委员会

纽约州人权局

美国劳工部民权中心

联邦或州法院

其他: \_\_\_\_\_

12. 对于第11项中勾选的每个机构，请输入以下信息。

机构: \_\_\_\_\_ 诉讼或投诉日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

个案或案卷编号: \_\_\_\_\_ 审判或听证日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

机构或法院所在地: \_\_\_\_\_

调查员姓名: \_\_\_\_\_

个案状况: \_\_\_\_\_

备注:

机构: \_\_\_\_\_ 诉讼或投诉日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

个案或案卷编号: \_\_\_\_\_ 审判或听证日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

机构或法院所在地: \_\_\_\_\_

调查员姓名: \_\_\_\_\_

个案状况: \_\_\_\_\_

备注:

**Complaint Number:**  
\_\_\_\_\_

机构: \_\_\_\_\_ 诉讼或投诉日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
个案或案卷编号: \_\_\_\_\_ 审判或听证日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
机构或法院所在地: \_\_\_\_\_  
调查员姓名: \_\_\_\_\_  
个案状况: \_\_\_\_\_  
备注: \_\_\_\_\_

机构: \_\_\_\_\_ 诉讼或投诉日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
个案或案卷编号: \_\_\_\_\_ 审判或听证日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
机构或法院所在地: \_\_\_\_\_  
调查员姓名: \_\_\_\_\_  
个案状况: \_\_\_\_\_  
备注: \_\_\_\_\_

13. 本人证明, 据本人所知, 上述信息真实准确。

本人授权将此信息披露给执法机构, 以便调查本人的投诉。

本人明白, 本人身份将在遵守适用法律的最大限度内保密。投诉人签名或代表签名 (见第10项):

\_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

投诉表到此结束。书写内容请勿超过此线。

Complaint Number: \_\_\_\_\_

----- For New York State Department of Labor Staff Only -----

- A. Type of complaint. Check all that apply: Wage related Pesticides Child labor Health/Safety Working conditions Housing Discrimination Other: \_\_\_\_\_
- B. ES related? Yes No If "Yes," Job Order Number: \_\_\_\_\_  
 Against employment service? Against employer? Alleged violation of ES regulations?  
 Alleged violation of employment laws?  
 MSFW with complaint concerning laws enforced by NYS Labor Standards or OSHA?
- C. MSFW? Yes No
- D. Out of state employer? Yes No
- E. H-2A/Criteria employer? US domestic worker H-2A worker Wages Housing Transportation Meals Other (specify): \_\_\_\_\_
- F. Referred to: NYS EO Officer ESA OSHA NYS Monitor Advocate NYS Labor Standards  
 Other: If "Other," enter the following information:  
 Agency name: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_
- G. Follow up? Yes No If "Yes," Monthly Quarterly Follow up date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Comments:

Complaint received by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_  
 Office: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

----- For United States Department of Labor Staff Only -----

Case Number: \_\_\_\_\_

- H. CIF received by CRC: Accepted Not accepted  
 Comments:

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_