



紐約州員工 歧視投訴表

說明：本表格用於申訴以下方面的歧視：種族、膚色、民族血統、信仰/宗教、年齡、殘障、軍籍、逮捕/刑事定罪記錄、婚姻/家庭狀況、易感基因特徵、懷孕和相關狀況、家庭暴力受害者狀況、公民或移民身份、社會性別/自然性別、性騷擾、性取向、性別認同和/或打擊報復。

請將填妥的表格交回員工關係辦公室反歧視調查部門。

第 1 部分：投訴人資訊

全名		常用電子郵件地址（用於投訴相關通訊）	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
機構/雇主	職位/業務部門/設施	工作時間表（天數/時數）	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
工作地點/地址	辦公電話		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
家庭地址	個人電話號碼		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

第 2 部分：主管資訊

直接主管姓名	職位
<input type="text"/>	<input type="text"/>
工作地點/地址	辦公電話
<input type="text"/>	<input type="text"/>
第二級主管姓名	職位
<input type="text"/>	<input type="text"/>
工作地點/地址	辦公電話
<input type="text"/>	<input type="text"/>

第3部分：申訴詳情

1. 您想申訴哪方面的歧視（請勾選所有適用項）：

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 種族 | <input type="checkbox"/> 年齡 | <input type="checkbox"/> 婚姻/家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 社會性別/自然性別 |
| <input type="checkbox"/> 膚色 | <input type="checkbox"/> 殘障 | <input type="checkbox"/> 易感基因特徵 | <input type="checkbox"/> 性騷擾 |
| <input type="checkbox"/> 民族血統 | <input type="checkbox"/> 軍籍 | <input type="checkbox"/> 懷孕和相關狀況 | <input type="checkbox"/> 性取向 |
| <input type="checkbox"/> 信仰/宗教 | <input type="checkbox"/> 逮捕/刑事定罪記錄 | <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害者狀況 | <input type="checkbox"/> 性別認同 |
| 2. 您要申訴的歧視實施者是誰： | | <input type="checkbox"/> 公民或移民身份 | <input type="checkbox"/> 打擊報復（因參與受保護的活動） |

姓名 1	職位	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
機構	設施/工作地點	辦公電話
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
與您的關係：	<input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 下屬 <input type="checkbox"/> 其他 → 請詳細說明： <input type="text"/>	

姓名 2	職位	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
機構	設施/工作地點	辦公電話
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
與您的關係：	<input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 下屬 <input type="checkbox"/> 其他 → 請詳細說明： <input type="text"/>	



紐約州員工歧視投訴表

3. 歧視發生日期：

歧視行為是否仍在繼續發生？

是 否

4. 請描述被指控的歧視行為，並說明您認為該行為屬於歧視的原因。如有見證人，請提供見證人姓名；如有其他輔助文件，請附上材料。如有需要，請另附紙張。

5. 您是否已就同一投訴事宜向聯邦、州或地方政府機構提出過申訴？

是 否

6. 您是否已就該投訴事宜提起過法律訴訟或法院訴訟？

是 否

7. 您是否已就該投訴事宜聘請了律師？

是 否

8. 本投訴表填寫人是：

- 投訴人
- 主管/經理
- 反歧視官

簽名

日期

請將填妥的表格交回（透過電子郵件或郵寄）

員工關係辦公室反歧視調查部門：

Empire State Plaza
 Agency Building 2
 Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov