

WE ARE YOUR DOL



A proud partner of the AmericanJobCenter network

客户投诉信息表

投诉号码:

说明: 如果您需要投诉, 请填写此表格并提交给就业中心的工作人员。如果您的投诉属于歧视投诉, 您必须将此表格提交给就业中心平等机会官员, 或寄送至: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12240**。如有需要, 请附上有关您投诉信息的额外页面或任何文件。

1. 投诉人 (填写您的信息)

名字 _____ 中间名首字母 _____ 姓氏 _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

其他地址 (如适用) _____

社会安全号码 (选填) _____ 住宅电话 (_____) _____ 备用电话 (_____) _____

电子邮件地址 _____

针对此投诉, 我们何时以及通过何种方式与您联系最合适? _____

本人同意将有关此投诉的信息分享予 (请列出可以接收有关您投诉信息的家庭成员、朋友或其他人的姓名): _____

2. 被投诉人 (填写您的投诉对象信息)

您投诉的机构、企业或员工: _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 (_____) _____

2a. 被投诉人是否为就业中心? 是 否

如回答是, 则此投诉是关于 培训 客户服务 其他 _____

2b. 被投诉人是否为企业? 是 否

如回答是, 您是否经由就业中心工作人员转介至该企业? 是 否 如回答是, 请列明转介时间 _____

2c. 被投诉人是否为农场? 是 否

2d. 您的投诉是关于哪个方面 (勾选所有适用选项)?

工资/未付工资 童工 健康和安 工作条件 住房 交通 膳食 农药残留 其他 _____

2e. 您的投诉是否与歧视有关? 是 否

3. 请简要描述您的投诉。请尽可能明确清晰。如您认为自己受到歧视, 请详细描述具体情况。

a. 情况描述 _____

b. 牵涉人士 (证人、同事、主管等) 如果知道姓名、地址和电话号码, 请予以提供。 _____

c. 发生时间和地点 (包括日期) _____

d. 如您认为自己受到区别对待, 请描述具体情况。 _____

4. 是否曾提供给您就业服务? 是 否

5. 您希望如何解决此投诉? _____

如此投诉属于歧视投诉，请填写问题 6-10。如此投诉不属于歧视投诉，请转到问题 11。

6. 请勾选所有适用选项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 种族 (请列明) _____ | <input type="checkbox"/> 肤色 (请列明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 宗教 (请列明) _____ | <input type="checkbox"/> 原国籍 (请列明) _____ |
| 性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 逮捕及定罪纪录 (请列明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 残障 (请列明) _____ | <input type="checkbox"/> 婚姻状况 (请列明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 公民权利 (请列明) _____ | <input type="checkbox"/> 遗传倾向性和携带者状态 (请列明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 性骚扰 _____ | <input type="checkbox"/> 退伍军人身份 (请列明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 年龄 (请列明出生日期) _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> 性取向 _____ |
| <input type="checkbox"/> 政治派别 (请列明) _____ | <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害者 _____ |
| <input type="checkbox"/> 报复/打击 (请列明) _____ | <input type="checkbox"/> 其他 (请列明) _____ |

7. 您为什么认为这些事件发生了? _____

8. 您是否针对此投诉指派律师或其他代表? 是 否 如回答“是”，请填下以下信息：

姓名 _____ 电话号码 (_____) _____
地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

9. 您是否曾就本次事件向以下任何机构提起诉讼或投诉？

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 美国司法部民权司 | <input type="checkbox"/> 纽约州劳动署平等机会发展部 |
| <input type="checkbox"/> 美国平等就业机会委员会 | <input type="checkbox"/> 纽约州人权署 |
| <input type="checkbox"/> 美国劳动部人权中心 | <input type="checkbox"/> 联邦或州法院 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

10. 针对在问题 9 中勾选的每个机构，请填写以下信息：

机构 _____ 提请日期 _____ / _____ / _____	机构 _____ 提请日期 _____ / _____ / _____
个案或案件编号 _____	个案或案件编号 _____
审判或听证日期 _____	审判或听证日期 _____
机构或法院地点 _____	机构或法院地点 _____
调查员姓名 _____	调查员姓名 _____
个案状态 _____	个案状态 _____
备注 _____	备注 _____

11. 本人特此证明，尽本人所知，以上提供的信息均真实准确。本人授权向执法机构披露此信息，用于对本人的投诉进行适当调查。本人了解，按照适用法律和有关本人投诉的公正决定，本人的身份信息将得到最大限度的保密。

投诉人签名 日期

投诉受理工作人员 _____ (正楷姓名) 签名 日期

就业中心 _____ 电话号码 (_____) _____