

## 就业发展部 歧视投诉表

请使用该表格向就业发展部 (EDD) 提出歧视投诉。想要提交歧视投诉, 请填写此表格并将其发送至平等就业机会 (EEO) 办公室。

邮寄地址: Employment Development Department  
Equal Employment Opportunity Office  
PO Box 826880, MIC 49  
Sacramento, CA 94280-0001

传真号: 1-916-654-9371

收件人: Equal Employment Opportunity Office

### 1. 投诉者信息:

姓名: _____ 街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____	家庭电话: _____ 工作电话: _____ 手机: _____ 电子邮件: _____ 邮政编码: _____
---	---

### 2. 投诉者联系信息:

在工作时间 (上午 8:00 至下午 5:00) 内, 我们什么时间方便通过电话就该投诉与您联系?

工作日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
时间					
电话号码					

### 3. 您声称歧视您的人员联系信息:

请提供该人员工作所在实体的名称:

歧视您的人员的姓名:

人员/实体地址:

市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

首次发生的日期: \_\_\_\_\_ 最近一次发生的日期: \_\_\_\_\_

**4.请告诉我们该事件的相关信息：**

- 简要说明发生了什么事以及您是如何受到歧视的。
- 请提供事件发生的日期。
- 指明歧视您的人员。如有可能，包括姓名和职称。
- 如果其他人获得的待遇与您不同，请告诉我们如何不同。
- 请随附您认为有助于我们更好地了解您的投诉的任何文件。

**5.请在下方列出我们可以联系的任何人员（证人），以获取支持或阐明投诉的其他信息。**

姓名	地址	电话

## 6. 受到歧视的理由:

- 请勾选您所经历的歧视类型, 如年龄、种族、肤色、原籍国、残疾等。
- 如果您认为涉及多个理由, 您可以勾选多个方框:

<input type="checkbox"/> 年龄 – 出生日期:	<input type="checkbox"/> 公民身份或作为美国外籍工作者的身份
<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 残疾
<input type="checkbox"/> 原籍国 (包括有限的英语能力)	<input type="checkbox"/> 政治派别或信仰
<input type="checkbox"/> 报复	<input type="checkbox"/> 宗教
<input type="checkbox"/> 种族 – 指明种族:	<input type="checkbox"/> 性骚扰
<input type="checkbox"/> 性别 (包括怀孕、分娩和相关医疗情况、性别刻板印象、跨性别身份和性别认同/表达)	<input type="checkbox"/> 性取向
	<input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明):

## 7. 您之前是否曾对该人员 / 实体提出投诉?

是  否

如果是, 请回答以下问题。

- a. 您的投诉是否为书面形式?  是  否
- b. 您提出投诉的日期是哪天?
- c. 您提出投诉所在的办公室名称:

地址:

城市: 州: 邮政编码:

电话号码: 联系人 (如果已知):

- d. 您是否已收到最终决定或报告?  是  否

如果您标记“是”, 请随附该投诉的副本。

## 8. 选择个人代表:

- 您可以选择让别人代表您处理该投诉。可以是亲戚、朋友、工会代表、律师或其他人。
- 如果您选择指定某人代表您, 我们与您的所有沟通将通过您的代表进行。

您是否想要授权个人代表来处理该投诉?  是  否

如果是, 请完成以下部分。如果不是, 请前往第 9 节。

### 个人代表授权

我希望授权下述人员作为我的个人代表, 代表我处理与本投诉有关的调解、争端解决会议或调查等事宜。

姓名:

我是投诉者的代理律师。  我不是投诉者的代理律师。

邮寄地址:

城市: 州: 邮政编码:

电话: 传真:

电子邮件:

## 9.替代性争议解决方案 (ADR) 也称为调解。

**通知：**您必须指明您是否想要对您的案件进行调解。EEO 办公室在您作出选择之前不得开始处理您的投诉。请在下方空格内勾选是或否。

- 调解是调查投诉的另一种选择。
- 任何一方都不会因为调解而损失任何东西。
- 投诉双方审查事实，讨论关于事实的意见，并努力达成双方都满意的协议。
  - 调解协议不代表免除您声称歧视您的人员/实体的罪责。
  - 调解由经过培训、合格且公正的调解人进行。
  - 您（或您的个人代表）有权进行协商，达成令人满意的协议。
  - 本协议的条款由投诉者和声称歧视您的人员/实体进行签署。
  - 本协议对双方均具有法律约束力。
  - 如果未能达成协议，则将开始正式调查。
  - 未能遵守协议将导致正式调查。
  - 如报告报复行为，将开启正式调查。

- 您是否想对您的投诉进行调解？  
（请仅勾选一个方框）

是，我想要调解。

否，请调查。

## 10.投诉者签名：

您在此表格上签名后，我们将开始处理投诉。您在该表格上签名，即表示您声明，据您所知所信，表中所包含的信息真实正确，否则您将被处以伪证罪。

签名：

日期：

EDD 是一个机会均等的雇主/计划。可应要求向残障人士提供辅助设施和服务。需要通过拨打 1-916-654-8434（语音电话）来申请服务、辅助设施和/或替代形式。TTY 用户，请致电加州中继服务电话 711。