



Virginia Employment Commission (VEC)
Human Resource Management Services
P.O. Box 26441
Richmond, VA 23261-6441
(804)786-3466/ (804)371-2814 FAX
VRC: 711

“机会平等” 歧视行为投诉书

请仔细阅读此投诉书。请填写或打印您的回答。请尽量完整地回答每个问题。如果不能在本表格的空白处填写完整回答，可以添加更多页面。如果不知道问题的答案，请在空白处填写“未知”。如果问题不适用于您的情况，请填写“不适用”。

1. 您是投诉人（VEC 客户）还是投诉人的代理人？请勾选相应方框。
请勾选相应方框 投诉人 代理人
2. 请在下方横线填写您的姓名和所需提供的其他信息。如果您是代理人，请在此部分中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

城市

州

邮编

您的联系电话（如果不想在工作场所接到来电，则请勿提供工作电话）

电邮地址

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，并附上由投诉人签署的授权您担任其代理人的信件或其他文件。

代理人姓名

代理人所属机构（如有）

街道地址

城市

州

邮编

电话号码

电邮地址

对于此投诉书中的其他问题，请了解如果要代表别人提交此投诉，以下问题的“您”是指“投诉人”而不是“代理人”。请提供投诉人的回答。

4. 此投诉是关于发生在以下人士的事情（请勾选相应方框）：

仅本人

本人和别人

别人，不包括本人

5. 请提供所投诉的机构、组织或企业的名称。如有该机构、组织或企业的联系方式，和/或如果知道有歧视行为人士的姓名，请同时提供该信息。如需更多空间来提供所有信息，请在本表后附上更多页面。

部门、单位、办公室名称

电话号码

街道或邮寄地址

电邮地址

认为有歧视行为人士的姓名

职位

6. 所投诉的歧视行为涉及哪项计划？如果不知道该计划的名称，而且投诉不涉及美国就业中心、州或地方政府，请勾选“未知”。

《劳动力投资法案》和/或《劳动力创新与机会法案》计划

失业保险

就业服务

《贸易援助法案》计划

移民和季节性农场工人计划

退伍军人服务

再就业服务和资格评估计划（RESEA）

其他计划（请详细说明 _____）

未知

7. 所指控歧视行为的依据（原因）是什么？请勾选认为与歧视有关的所有依据（原因）的方框，并回答该方框附带的任何其他问题。

因为民族血统（请回答以下问题）

您是否为西班牙裔或拉美裔？ 是 否

您的民族血统是什么（即您自己、父母、祖父母或更早的祖先来自的国家/地区）？

因为本人的英语水平有限（您希望用哪种语言进行交流？例如，西班牙语、克罗地亚语、柬埔寨语）

因为种族（请回答以下问题）

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

美国印第安人或阿拉斯加土著

夏威夷土著或其他太平洋岛民

亚洲人

其他 _____

因为性别（您是什么性别？ _____）

因为本人已怀孕

因为性骚扰

因为性取向（您的性取向是什么） _____）

因为性别认同（您的性别认同是什么） _____）

因为性骚扰

因为肤色（您的肤色是什么？ _____）

因为宗教（您的宗教是什么？ _____）

因为年龄（您的出生日期是何时？ _____）

因为退伍军人身份

因为政治派别或政治信仰（您的政治派别或政治信仰是什么？ _____）

因为本人有残疾（请勾选以下其中一个适用项）

本人有残疾（现在可能有影响，也可能没有影响）。（您的残疾是什么？ _____）

弗吉尼亚州就业委员会支持雇佣机会平等计划。辅助设施和服务可应要求向残障人士提供。

本人过去有残疾。 (您过去的残疾是什么? _____)

本人没有残疾, 但该机构把本人当作残疾人士对待。

因为公民身份 (您的公民身份是什么? _____)

因为本人参加了一个获得联邦资助的计划 (所参加计划的名称:
_____)

本人遭到报复, 因为本人投诉歧视, 或因为本人作证或以其他方式参与其他人的歧视投诉。请提供详情 _____

8. 对于上方勾选的每一项依据 (歧视的原因), 请说明具体情况, 描述您 (或别人) 受到歧视的过程, 以及解释为什么是因为所勾选的依据而导致了受害人的遭遇。例如, 若勾选“因为种族”, 请列出您认为的事实, 解释为什么认为发生的事情是由于受害人的种族。

如果其他人或某个群体与您 (或您认为受到歧视的某人) 受到不同的对待, 请说明是谁受到了不同的对待, 其待遇如何不同, 以及不同的待遇如何伤害您 (或您认为受到歧视的其他人)。请简明扼要进行说明。如果可以, 请提供相关人士的姓名和联系方式。

如果下方空白处无法容纳所有回答, 请使用更多的页面来完成答案, 并附在此投诉书后面。

9. 所指控的歧视行为发生在哪一天?

a. 首次发生的日期: _____

b. 最近一次发生的日期: _____

c. 如果最近一次发生的日期是在 180 天之前, 请说明为何未在此前提出投诉。

10. 请在下方列出您已经提到的其他人士 (证人、同事、主管或其他人), 以及我们应该与之联系以了解您的投诉信息的人。如果需要更多地方来填写这些信息, 请添加更多页面。

人名	与案件的关系（证人、同事等）	联系此人的最佳时间
----	----------------	-----------

此人的电话号码和/或电邮地址

11. 您要求采取哪些补救措施？

12. 请在下方适用于您的空白处，签名并注明日期。您还必须阅读下一页题为“调查用信息之同意通知书”的文件，并在同意书上签字并注明日期。

投诉人签名

日期

请将投诉书邮寄、电邮或传真至：

邮寄： Shirley M. Bray-Sledge
Human Relations Manager
Virginia Employment Commission
6606 West Broad Street
Richmond, Virginia 23230

传真： (804)371-2814

VRC： 711

电邮： Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov