Office of Employee Relations
Anti-Discrimination Investigations Division
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov

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）

機構/雇主

職位/業務部門/設施

工作時間表（天數/時數）

工作地點/地址

辦公電話

家庭地址

個人電話號碼

第 2 部分：主管資訊

直接主管姓名

職位

工作地點/地址

辦公電話

第二級主管姓名

職位

工作地點/地址

辦公電話

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）：

- ☐ 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
- ☐ 打擊報復（因參與受保護的活動）

2. 您要申訴的歧視實施者是誰：

姓名 1

職位

機構

設施/工作地點

辦公電話

與您的關係： ☐ 上司 ☐ 同事 ☐ 下屬 ☐ 其他 → 請詳細說明：

姓名 2

職位

機構

設施/工作地點

辦公電話

與您的關係： ☐ 上司 ☐ 同事 ☐ 下屬 ☐ 其他 → 請詳細說明：

繼續 --->

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