

服務歧視投訴表

薩福克郡根據 1964 年《公民權利法》第 VI 章 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) 與相關法規，確保沒有任何人會因種族、膚色、出生國籍、殘障、性別 (在教育方面) 或年齡等方面的歧視，而在其所管理之任何計畫或活動中遭受排除參與、拒絕獲得福利或其他待遇。

如果您認為您因種族、膚色、出生國籍、殘障、性別 (在教育方面) 或年齡等因素而遭受到歧視，請填寫此表並依照下述指示提交。

注意：下列資訊是協助我們處理您投訴的必要資訊。如您需要任何關於填寫此表的協助，請致電 (631) 853-4235。

第 I 部分：

1. 投訴者姓名 _____
2. 街道地址 _____
3. 城市、州與郵遞區號 _____
4. 電話號碼。[請提供我們能與您聯繫的最佳電話號碼]
住家 _____ 工作 _____ 手機 _____
5. 電子郵件地址 _____
6. 需要無障礙協助？ 大型字體 TDD/TTY 其他 _____

第 II 部分：

您是否是代表自己提交投訴？ 是 否 如為「是」，請跳到第 III 部分。

1. 遭受歧視人員
姓名 _____
地址 _____
城市、州與郵遞區號 _____
2. 電話號碼： 住家 _____ 工作 _____
手機 _____
3. 電子郵件地址 _____
4. 需要無障礙協助？ 大型字體 TDD/TTY 其他 _____
5. 您與遭受歧視人員的關係： _____
6. 請說明您為何代表該當事方提交。 _____
7. 遭受歧視人員 (也稱為「受害方」) 必須提供代表其提出投訴的授權。請確認您有權代表「受害方」提交此投訴。 是 否

第 III 部分：

1. 下列哪項最能說明您認為歧視行為發生的理由？這是否是因為您的：(請勾選理由)

<input type="checkbox"/> 種族/膚色	<input type="checkbox"/> 年齡
<input type="checkbox"/> 殘障	<input type="checkbox"/> 性別 (在教育方面)
<input type="checkbox"/> 出生國籍	<input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____

2. 指稱的歧視行為發生的日期與時間為何？

日期 (月/日/年) _____ 時間 _____

3. 請詳細說明發生的事情、地點以及您認為誰該承擔責任。也請盡可能詳細註明證人和責任方的聯繫資訊。

(如需要更多空間，請使用此表背面或添加另頁。)

第 IV 部分：

1. 您是否就此事件向任何其他聯邦、州或地方機構，或聯邦、州法庭提交投訴？是 否
如為「是」，請指明所有您提交投訴的機構 _____

2. 請提供關於您有提交投訴之機構/法庭的聯繫人資訊。

姓名 _____

機構/法庭 _____

電話號碼 _____ 電子郵件地址 _____

(如需要更多空間，請使用此表背面或添加另頁。)

請在下方簽名。您可附上任何書面資料或其他您認為與此投訴相關的資訊。

簽名

日期

如果此投訴是代表列於第 II 部分的其他人提交，該人員需在下方簽名。

受害方簽名

日期