

OJCR 投诉申请

OJCR Complaint Request

说明：如果您要提出民权投诉，请尽可能准确填写这份表格，然后通过电子邮件发送给 OJCR：
iraucomplaints@dshs.wa.gov。

如果您要提出一般问题，或者希望与 OJCR 团队成员讨论相关事宜，敬请通过以下任一方式联系我们：

电子邮件：OJCR@dshs.wa.gov

邮寄地址： DSHS Justice and Civil Rights
PO Box 45131
Olympia WA 98504-5105

传真： (360) 902-7540

电话： 800-737-0617，按 5 转接 ((360) 902-7998)

TTY/TTD 专线号码是 711，或者 1-800-833-6384 请拨打华盛顿中继转接服务专线

投诉信息		
姓	名	中间名缩写
您是： <input type="checkbox"/> 员工还是 <input type="checkbox"/> 非员工？		
电子邮件地址	电话号码（请加入区域号码）	
投诉提交人（如果并非投诉当事人）		
姓	名	中间名缩写
您是： <input type="checkbox"/> 员工还是 <input type="checkbox"/> 非员工？		
电子邮件地址	电话号码（请加入区域号码）	
对您作出歧视行为的人		
姓	名	中间名缩写
正式的 DSHS 职位和计划指派岗位（如知晓）		
这个人： <input type="checkbox"/> 员工？ <u>还是</u> <input type="checkbox"/> 非员工？		
电子邮件地址	电话号码（请加入区域号码）	
投诉概述		
该歧视行为是基于什么情况发生的？ <input type="checkbox"/> 我的工作 <input type="checkbox"/> 我从 DSHS 接受的服务		
行为/事件的发生日期		

请简要描述歧视行为或事件。

请提供歧视行为或事件的目击人姓名、岗位信息和联系信息。

原因

请选择您认为适用于您投诉的原因：

- 年龄：我今年年满 40 岁
- 肤色
- 残疾
- 基因信息、我的家族病史或者我参与基因服务，如咨询、教育或检测
- 原籍国和/或民族
- 种族
- 宗教信仰
- 性别（包括妊娠情况、性取向或性别认同）
- 打击报复：我之前提交了一份关于以上任何一项内容的工作歧视指控
- 打击报复：我之前联系了一个政府机构，提出了关于工作歧视的投诉
- 打击报复：我之前向我的雇主提出了关于工作歧视的投诉
- 打击报复：我之前帮助其他人提出了关于工作歧视的投诉或为其作证
- 骚扰：基于种族、肤色、宗教信仰、性别、原籍国、年龄、残疾或基因信息作出的令人厌恶的行为
- 性骚扰
- 哺乳
- 退伍军人身份
- 其他

请随附您认为与您的投诉相关的任何文件资料或其他相关信息（如照片、电子邮件等）。

DSHS员工：我们要提醒您，如果您担心自己在工作场所的安全，DSHS可以制定一份安全计划，来化解您的担忧。如果您希望收到更多信息来了解该计划涉及的内容，请联系您的行政部门指派的人力资源业务合作伙伴(HRBP)，开展深入讨论。