



服务获取和民权投诉表

投诉范围：

《美国残疾人法》、《康复法》第504节、《民权法》第六章、语言服务和受保护阶层
歧视投诉

如果您在填写此表格时需要帮助，或者您需要其他语言或格式的表格，请联系
dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov或拨打免费电话(866) 731-3202。

姓名：姓 _____ 名 _____

您代表自己还是代表他人填写此表格？ 我 其他人

其他人的姓名：姓 _____ 名 _____

今天的日期： _____ （该投诉必须在指控的歧视事件发生后**一年内**提交。）

认为自己遭受歧视的个人地址：

街道 _____ 公寓号 _____

市 _____ 州 _____ 邮编 _____

电子邮件地址 _____

电话（_____） _____ 首选联系方式： _____

与DCYF的关系/牵连： _____

个案号码（如适用）： _____

歧视的理由或原因：

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 种族/肤色 | <input type="checkbox"/> 退伍军人或军人身份 |
| <input type="checkbox"/> 民族血统 | <input type="checkbox"/> 残疾 |
| <input type="checkbox"/> 性别： | <input type="checkbox"/> 使用导盲犬/服务动物 |
| <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> X/非二元性别 | <input type="checkbox"/> 移民/公民身份 |
| <input type="checkbox"/> 怀孕 | <input type="checkbox"/> 母乳喂养的妈妈身份 |
| <input type="checkbox"/> 性别认同 | <input type="checkbox"/> 信仰/宗教 |
| <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 首选书面或口头语言 |

请提供一段简短的陈述，说明您认为属于歧视的事件：

涉及的DCYF工作人员： _____

办公地点： _____

事件/伤害日期： _____

事件/伤害地点： _____

您是否已向其他机构提交？如果是，哪个机构： _____

请将您的投诉表格发送至dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov

或

将其邮寄至**Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983**

DCYF必须在您认为属于歧视的事件发生后**一年内**收到该投诉。我们将在收到此表格后的**15**个工作日内与您联系。

如果愿意，您可以匿名投诉；如果您选择匿名，则不要透露任何个人信息。但是，请注意，如果您决定提交匿名投诉，我们可能无法对投诉进行全面调查，也无法与您面谈以获取所有必要信息。我们也无法就投诉结果与您联系。

如果您是一名**DCYF**员工，希望提出投诉或需要工作场所合理便利，请联系DCYF人力资源部
dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov

如果您的投诉与受保护阶层歧视或语言服务**无关**，请联系DCYF选民关系部constrelations@dcyf.wa.gov

如果您是**客户、顾客或公众**，因**残疾**而需要**DCYF**进行合理的改造，请联系dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov