



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](mailto:Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov)

通过电邮提交投诉书

打印投诉书