紐約州員工
歧視投訴表格

員工關係州長辦公室
反歧視調查部門
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@goer.ny.gov

說明：這份表格用於申訴以下方面的歧視：種族、膚色、民族、宗教/信仰、年齡、殘障、軍籍、逮捕/刑事定罪記錄、婚姻/家庭狀況、易感遺傳特徵、懷孕及相關狀況、家庭暴力受害者地位、性別、性騷擾、性取向、性別認同及/或報復。

填好這份表格並交回**員工關係州長辦公室的反歧視調查部門**。

第 1 部分：投訴資訊

全名

慣用電郵地址（用於投訴相關的聯絡）

機構/雇主

職位/業務單位/設施

工作日程（天/小時）

工作地點/地址

工作電話號碼 #

家庭住址

個人電話號碼 #

第 2 部分：管理資訊

直屬上司姓名

職位

工作地點/地址

工作電話號碼 #

第二級上司姓名

職位

工作地點/地址

工作電話號碼 #

第 3 部分：申訴詳情

1. 您想申訴哪方面的歧視（選擇所有適用項目）：

- ☐ 種族
- ☐ 膚色
- ☐ 民族
- ☐ 宗教/信仰
- ☐ 年齡
- ☐ 殘障
- ☐ 軍籍
- ☐ 逮捕/刑事定罪記錄
- ☐ 婚姻/家庭狀況
- ☐ 易感遺傳特徵
- ☐ 懷孕及相關狀況
- ☐ 家庭暴力受害者地位
- ☐ 性別
- ☐ 性騷擾
- ☐ 性取向
- ☐ 性別認同
- ☐ 報復（因為曾從事保護性的活動）

2. 歧視您的申訴對象是：

姓名 1

職位

機構

設施/工作地點

工作電話號碼

與您的關係： ☐ 上司 ☐ 同事 ☐ 下屬 ☐ 其他 → 請指明：

姓名 2

職位

機構

設施/工作地點

工作電話號碼

與您的關係： ☐ 上司 ☐ 同事 ☐ 下屬 ☐ 其他 → 請指明：

（繼） -->

紐約州員工歧視投訴表格

歧視發生日期：

是否仍然受歧視？

☐ 是 ☐ 否

請描述所指稱的歧視行為或者行為具有歧視性質的原因。請註明目擊證人（如有）的姓名並附加支持文件（如有）。附加其他頁面（如果需要）。

5. 您是否就本次投訴向聯邦、州或地方政府機構備案？ ☐ 是 ☐ 否

6. 您是否就本次投訴發起了法律訴訟？ ☐ 是 ☐ 否

7. 您是否雇用了律師來處理本次投訴中的指控？ ☐ 是 ☐ 否

8. 本投訴表格填寫人：

☐ 投訴者

☐ 上司/經理

☐ 優惠性差別待遇管理員

簽名

日期

透過電郵或郵寄方式，將填寫完整的表格交回給員工關係州長辦公室的反歧視調查部門。

Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@goer.ny.gov