

就業發展部 歧視投訴表

請使用該表格向就業發展部 (EDD) 提出歧視投訴。想要提交歧視投訴，請填寫此表格並將其發送至平等就業機會 (EEO) 辦公室。

郵寄地址： Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880, MIC 49
Sacramento, CA 94280-0001

傳真號： 1-916-654-9371

收件人： Equal Employment Opportunity Office

| 1.原告資訊： | |
|-------------|-------------|
| 姓名： _____ | 家庭電話： _____ |
| 街道地址： _____ | 工作電話： _____ |
| 城市： _____ | 手機： _____ |
| 州： _____ | 電子郵件： _____ |
| 郵遞區號： _____ | |

| 2.原告聯絡資訊： | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 在工作時間（上午 8:00 至下午 5:00）內，我們什麼時間方便透過電話就該投訴與您聯絡？ | | | | | |
| 日期 | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 |
| 星期六 | | | | | |
| 電話號碼 | | | | | |

| 3.您聲稱歧視您的人員聯絡資訊： | | |
|------------------|----------|-------------|
| 請提供該人員工作所在實體的名稱： | | |
| 歧視您的人員姓名： | | |
| 人員/實體地址： | | |
| 城市： _____ | 州： _____ | 郵遞區號： _____ |
| 電話： | | |
| 首次發生的日期： | | 最近一次發生的日期： |

4.請告訴我們該事件的相關資訊：

- 簡要說明發生了什麼事以及您是如何受到歧視的。
- 請提供事件發生的日期。
- 指明歧視您的人員。如有可能，包括姓名和職稱。
- 如果其他人獲得的待遇與您不同，請告訴我們如何不同。
- 請隨附您認為有助於我們更好地瞭解您的投訴的任何文件。

5.請在下方列出我們可以聯絡的任何人員（證人），以獲取支持或闡明投訴的其他資訊。

| 姓名 | 地址 | 電話 |
|----|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

6. 歧視的理由：

- 請勾選您所經歷的歧視類型，如年齡、種族、膚色、國籍、殘疾等
- 如果您認為涉及多個理由，您可以勾選多個方框：

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 年齡 – 出生日期： | <input type="checkbox"/> 公民身份或作為美國外籍工作者的身份 |
| <input type="checkbox"/> 膚色 | <input type="checkbox"/> 殘疾 |
| <input type="checkbox"/> 國籍（包括有限的英語能力） | <input type="checkbox"/> 政治派別或信仰 |
| <input type="checkbox"/> 報復 | <input type="checkbox"/> 宗教 |
| <input type="checkbox"/> 種族 – 指明種族： | <input type="checkbox"/> 性騷擾 |
| <input type="checkbox"/> 性別（包括懷孕、分娩和相關醫療情況、性別刻板印象、跨性別身份和性別認同/表達） | <input type="checkbox"/> 性取向 |
| | <input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）： |

7. 您之前是否曾對該人員／實體提出投訴？

是 否

如果是，請回答以下問題。

a. 您的投訴是否為書面形式？ 是 否

b. 您提出投訴的日期是什麼？

c. 您提出投訴所在的辦公室名稱：

地址：

城市： 州： 郵遞區號：

電話號碼： 聯絡人（如果已知）：

d. 您是否已收到最終決定或報告？ 是 否

如果您標記「是」，請隨附該投訴的副本。

8. 選擇個人代表：

- 您可以選擇讓別人代表您處理該投訴。可以是親戚、朋友、工會代表、律師或其他人。
- 如果您選擇指定某人代表您，我們與您的所有溝通將透過您的代表進行。

您是否想要授權個人代表來處理該投訴？ 是 否

如果是，請完成以下部分。如果否，請前往第 9 節。

個人代表授權

我希望授權下述人員作為我的個人代表，代表我處理與本投訴有關的調解、爭端解決會議或調查等事宜。

姓名：

我是原告的代理律師。 我不是原告的代理律師。

郵寄地址：

城市： 州： 郵遞區號：

電話： 傳真：

電子郵件：

9. 替代性爭議解決方案 (ADR) 也稱為調解。

通知：您必須指明您是否想要對您的案件進行調解。EEO 辦公室在您作出選擇之前不得開始處理您的投訴。請在下方空格內勾選是或否。

- 調解是調查投訴的另一種選擇。
- 任何一方都不會因為調解而損失任何東西。
- 投訴雙方審查事實，討論關於事實的意見，並努力達成雙方都滿意的協議。
 - 調解協議不代表免除您聲稱歧視您的人員/實體的罪責。
 - 調解由經過訓練、合格且公正的調解人進行。
 - 您（或您的個人代表）有權進行協商，達成令人滿意的協議。
 - 本協議的條款由原告和聲稱歧視您的人員/實體進行簽署。
 - 本協議對雙方均具有法律約束力。
 - 如果未能達成協議，則將開始正式調查。
 - 未能遵守協議將導致正式調查。
 - 如報告報復行為，將開啟正式調查。
- 您是否想對您的投訴進行調解？
（請僅勾選一個方框）

是，我想要調解。

否，請調查。

10. 原告簽名：

您在此表格上簽名後，我們將開始處理投訴。您在該表格上簽名，即表示您聲明，據您所知所信，表中所包含的資訊真實正確，否則您將被處以偽證罪。

簽名：

日期：

EDD 是一個機會均等的雇主/計畫。可應要求向殘障人士提供輔助設施和服務。需要透過撥打 1-916-654-8434（語音電話）來申請服務、輔助設施和/或替代格式。TTY 使用者，請致電加州中繼服務電話 711。