

市圣拉蒙的

1964年政策的民权法案的标题VI

歧视的申诉FORM

这种形式的目的是为了帮助您提出申诉与市圣拉蒙的。您不需要使用这种形式;具有相同的信息的信是足够的。然而,在项目要求的信息标有星号 (*), 如果你提交的东西比此表格等必须要提供的。

1.*你的名字和地址。

名称:

地址: _____

邮编_____

电话: 主页: (_____) _____ 工作或手机: (_____) _____

2.*人 (S) 的歧视, 如与以上不同:

名称: _____

地址: _____

_____ Zip _____

电话: 主页: (_____) _____ 工作或手机: (_____) _____

请解释一下这个人 (S) 的关系。

3.*局和部门或程序歧视:

名称: _____

地址: _____

邮编_____

电话: (_____) _____

4A*非就业: 请问您的投诉关注歧视服务的交付

或者在它的治疗您或他人的部门或机构的其他歧视行为? 如果是这样, 请注明底座 (S) 上, 您认为这些歧视行为采取了下文。

_____ 种族/民族: _____

_____ 国家原产地: _____

_____ 性别: _____

_____ 宗教: _____

_____ 年龄: _____

_____ 残疾: _____

。4B*就业：由部门或机构是否在就业投诉的关注歧视？如果是这样，请注明底座（S）上，您认为这些歧视行为采取了下文。

____ 种族/民族：_____

____ 国家原产地：_____

____ 性别：_____

____ 宗教：_____

____ 年龄：_____

____ 残疾：_____

5. 什么是最方便的时间和地点，我们给你联系一下这个投诉？

6. 如果我们不能够直接到达你，你不妨给我们一个人的姓名和电话号码，谁可以告诉我们如何联系您和/或提供有关您的投诉的信息：

名称：_____

电话：主页：（_____） _____ 工作或手机：（_____） _____

7. 如果你有律师代表，你就在这宗投诉中提出的问题，

请提供下列资料：

名称：_____

地址：_____

Zip _____

电话：主页：（_____） _____ 工作或手机：（_____） _____

8. *给你最好的回忆，在什么日期（S）也涉嫌歧视的发生？

歧视的最早日期：_____

最近的歧视日期：_____

一般必须提交180天内涉嫌

9. 投诉歧视

歧视。如果最近的歧视日期，上面列出的，是超过180天

以前，你可以要求豁免的申请要求。如果你想申请豁免，请

解释你为什么等到现在才提交您的投诉和市圣拉蒙的将评估的解释和决定是否放弃是恰当的。

10. *请解释，以清晰，整齐地，发生了什么事，为什么你相信这是真的，你是如何被歧视。说明谁参与。一定要包括其他人是如何从你区别对待。（如有需要，请另纸，并附上有关你的情况的书面材料的副本。）

11.城市不会打击报复的潜在受害者提出申诉，并不会故意允许报复其高级人员及/或雇员。我市将采取合理的措施来保护投诉人作为报复提出申诉的结果。如果你认为你已经被报复（独立于涉嫌在 # 10的歧视），请解释一下，以清晰，整齐越好，下面的情况。一定要解释你采取了什么行动，您认为是基础涉嫌报复。

12.请在下面列出的任何人（证人，同事，上司，或其他），如果知道的话的人，我们可以联系以获取更多信息，以支持或澄清您的投诉。

名称地址区号/电话

13.你是否有任何其他信息，你认为相关的我们调查你指控？

14.什么补救你寻求涉嫌歧视？

15.你有没有（或歧视的人）申请相同或任何其他投诉与任何其他城市的办事处？
是_____号

如果是这样，是哪个部门用申请？

地址：_____ Zip_____

电话号码：（____）_____

填表日期：_____提起：_____

简单地说，什么是对的投诉？

结果是什么？

16.你有没有提起指控或投诉，关于这宗投诉与下列任何提出的问题？

_____美国平等就业机会委员会
_____联邦或州法院
_____你的国家或地方人事关系/人权委员会
_____申诉或投诉办公室
_____其他_____

17.如果你已经提起指控或投诉的机构表示在# 16时, 请提供以下资料(附页, 如果必要的话):

机构: _____
申请日期: _____
案例或文案号: _____
试用/听证日期: _____
机构/法院所在地: _____
调查名称: _____
案例的状态: _____
点评: _____

18.虽然没有必要让你知道, 你是对申请机构或机构收到来自联邦政府的援助, 如果你知道司法部通过任何程序或部门中涉嫌歧视收到的资金或援助发生时, 请提供以下信息。

19.*我们不能接受投诉, 如果还没有签署。请登录以下日期此投诉表格。

(签名) (日期)

请随意添加附加表的现状向我们解释。

我们需要您的同意披露您的姓名, 如果需要的话, 在任何调查过程中。因此, 我们需要从你签署同意书。(如果您提起这个投诉你声称谁受到歧视的人, 我们将在大多数情况下需要签署知情同意书的那个人)。请邮寄填写, 签名歧视投诉表格及已签署的同意书(请为每一个你的记录的一个副本)到:

市圣拉蒙的

行政服务处
人力资源处经理
2226卡米诺拉蒙
圣拉蒙, CA94583
配音：(925) 973-2523
传真：(925) 866-1436

投诉人同意/发布形式

你的名字：

地址：

投诉号码：(如果知道的话)

请阅读以下信息，选中相应的框，并签署本表格。

我已阅读侦查的通知由司法部 (DOJ) 使用个人信息的。作为一名投诉人，据我所知，在调查过程中有可能成为必要的城市圣拉蒙的透露我的身份在被调查的组织或机构的人士。我也知道城市圣拉蒙的义务履行信息自由法案的要求。据我所知，可能有必要为市圣拉蒙的披露信息，包括个人身份信息，它已经聚集了我的投诉进行调查的一部分。此外，据我所知，作为一个投诉我的城市，从恐吓或报复圣拉蒙的管理政策正在为保护已经采取行动或参与的行动，以确保由市圣拉蒙的执行非歧视法律保护的权利。

同意/ **RELEASE**

同意 - 我已阅读并理解上述信息，并授权市圣拉蒙的透露我的身份，在接受调查的组织或机构的人士。本人授权市圣拉蒙的收到关于我的材料和信息相关的我的投诉进行调查。此版本包括，但不限于，个人的记录和病历。据我所知，材料和信息将被用于授权的民权守法和执法活动。我进一步了解到授权此版本我不是必需的，这样做的自愿。

同意被拒绝 - 我已阅读并理解上述信息，不希望

圣拉蒙城市显露我的组织或机构的身份接受调查，或审查，收到副本，或讨论材料和信息约我，有关我的投诉进行调查。我知道这很可能阻碍我的投诉进行调查，并可能导致在调查结束。

签名日期