

180 天后过期：
(住房 1 年期满：)

盖恩斯维尔市机会均等办公室
日常接收表

接收人员： 时间： 日期

联系方式： 电话： 邮件： 本人： 电子邮件：

姓名：

地址： 城市：

州： 邮编： 电话号码：

电子邮件：

您是如何知道机会均等办公室的？

您是否曾向其他任何机构（EEOC，FCHR，协会）提出这些指控？

指控类别：

住房： 就业： 公共设施： 公平信用：

(雇员人数-仅供就业投诉)：

注意：如果少于 5 位员工，到此为止

您是否相信某一保护阶层才会出现这种情况？

是 如果是，哪个（些）？

否

根据：（请选择所有适用项）

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 宗教 |
| <input type="checkbox"/> 种族 | <input type="checkbox"/> 国籍 |
| <input type="checkbox"/> 肤色 | <input type="checkbox"/> 婚姻状况 |
| <input type="checkbox"/> 性别 | <input type="checkbox"/> 残疾 |
| <input type="checkbox"/> 年龄 | <input type="checkbox"/> 性别认同 |

（仅适用于 40 岁以上者）

骚扰 - 基于哪一保护类别 ?

敌意的工作环境 - 基于哪一保护类别？

报复 - 基于哪一保护类别？

注意：如果不是基于某一保护类别，到此为止

如果您的指控基于就业：

雇用日期？

在涉嫌歧视的时候您的工作名称是？

如果是申请人，说明申请的日期和职位：

如果指控基于残疾，您有什么残疾？描述您的残疾。您是否被视作有残疾？说明。

控告机构（如适用，也可是家庭/企业办公室）：

公司名称：

地址：

市： 州： 邮政编码 电话号码： _

说出具体个人姓名（如适用）：

职位/名称：

注意：如果在城市或政府机构以外，到此为止

最近事件的日期：

行为/情况是否持续？ 是 否

什么问题？如何受到伤害？（解雇，降职，停职，拒绝出租，不准入境，不提供服务，拒绝提供住房，不展示住房等）

您理想的解决方案?

已遭受什么危害?

Translation Cloud LLC
121 Newark Ave., 3rd Floor
Jersey City, NJ 07302
1 (800) 790-3680



Project Manager: Kavita Ramgahan
Document Translation
Translation from English to Chinese
October 5, 2016