

180 天后过期:

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: 邮政编码 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?

---

阁下是:

城市员工:  或 公民:

如果是城市员工, 受聘于哪一部门:

---

指控类别:

就业:  服务, 计划, 活动:

您是否相信某一保护类别才会出现这种情况？

是 如果是，哪个（些）？

否

根据：（请选择所有适用项）

性取向

宗教

种族

国籍

肤色

婚姻状况

性别

残疾

年龄

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。

**您指控哪一部门：**

部门：

科室：

说出具体个人姓名（如适用）：

职位/名称：

**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，拒绝雇用等）

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



指控的理想解决方案是？

---

---

---

已遭受什么危害？

---

---

