

Biểu Mẫu Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ về biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với Cameron Moore, Non-Discrimination Coordinator (Điều Phối Viên về Không Phân Biệt Đối Xử) theo số 804-914-2770 (TTY: 1-800-828-1120) hoặc Civil_Rights@vdh.virginia.gov.

Vui lòng gõ vào hoặc ghi chữ viết hoa. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại theo số được liệt kê ở trên.

| Nguyên Cáo | |
|--|--|
| *Tên: | |
| *Họ: | |
| <i>(Vui lòng cung cấp số điện thoại hoặc địa chỉ email)</i> | |
| Điện thoại (Bao gồm mã vùng): | |
| Địa chỉ Email: | |
| *Địa chỉ đường phố dòng 1: | |
| *Địa chỉ đường phố dòng 2: | |
| *Thành phố: | |
| *Tiểu bang: | |
| *Mã ZIP: | |
| Quý vị có đang nộp đơn khiếu nại này thay mặt cho người khác không? (Nếu Có, hãy điền vào các trường bên dưới) | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |
| Tên của Bên Bị Ảnh Hưởng: | |
| Họ của Bên Bị Ảnh Hưởng: | |
| Mối quan hệ của Nguyên Cáo với Bên Bị Ảnh Hưởng: | |

| Chi Tiết Khiếu Nại | |
|---|---|
| *Tôi tin rằng tôi (hoặc Bên Bị Ảnh Hưởng) đã bị phân biệt đối xử dựa trên: | |
| <input type="checkbox"/> Chủng Tộc/Màu Da | <input type="checkbox"/> Nguồn Gốc Quốc Gia (Bao gồm Trình Độ Thông Thạo Tiếng Anh hạn chế) |
| <input type="checkbox"/> Tuổi | <input type="checkbox"/> Tôn giáo |
| <input type="checkbox"/> Giới tính | <input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật |
| <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ) | |
| Quý vị tin rằng ai đã phân biệt đối xử với quý vị? | |
| Họ và Tên Người hoặc Tên Cơ Quan/Tổ Chức: | |
| *Địa chỉ đường phố dòng 1: | |
| *Địa chỉ đường phố dòng 2: | |
| *Thành phố: | |

Virginia Department of Health
Biểu Mẫu Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử

| | |
|---|--|
| *Tiểu bang: | |
| *Mã ZIP: | |
| Điện thoại (Bao gồm mã vùng): | |
| Quý vị tin rằng việc phân biệt đối xử đã xảy ra khi nào? <i>(Nếu quý vị muốn báo cáo nhiều hơn ba ngày, hãy liệt kê những ngày đó trong phần mô tả Khiếu Nại bên dưới)</i> | |
| *Ngày vi phạm: | |
| | |
| | |
| *Mô tả ngắn gọn những gì đã xảy ra. Làm thế nào và tại sao quý vị tin rằng những hành động được mô tả đó cấu thành sự phân biệt đối xử? Vui lòng ghi càng cụ thể càng tốt. (Đính kèm thêm trang nếu cần) | |
| | |

Việc nộp đơn khiếu nại với VDH hoàn toàn tự nguyện. VDH sẽ sử dụng thông tin quý vị cung cấp để xác định xem VDH có thẩm quyền hay không, và nếu có, chúng tôi sẽ xử lý khiếu nại của quý vị như thế nào. Thông tin gửi trong biểu mẫu này sẽ được xử lý một cách bí mật. Họ tên hoặc thông tin nhận dạng khác về cá nhân chỉ được tiết lộ khi cần thiết cho việc điều tra hành vi phân biệt đối xử có thể xảy ra và các mục đích sử dụng khác khi luật pháp cho phép tiết lộ.

| Chữ ký | |
|---|--------------|
| Tôi khẳng định rằng thông tin được cung cấp trong Đơn Khiếu Nại này là đúng sự thật và chính xác trong phạm vi hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi ủy quyền cho Bộ Y Tế Virginia thu thập mọi hồ sơ hoặc thông tin cần thiết cho việc điều tra đầy đủ về khiếu nại của tôi. | |
| Chữ ký của Nguyên Cáo | Ngày hôm nay |

Vui lòng gửi Biểu Mẫu Khiếu Nại đã điền đầy đủ và có chữ ký của quý vị bằng một trong những cách sau:

- Thư tín: ATTN: Non-Discrimination Coordinator (Điều Phối Viên về Không Phân Biệt Đối Xử), VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- Email: Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- Fax: (804) 864-7022

| Lý Do Chính Đáng cho Việc Nộp Đơn Trễ |
|---|
| *Nếu quý vị nộp đơn Khiếu Nại này quá 90 ngày sau khi xảy ra hành vi phân biệt đối xử bị cáo buộc, vui lòng cho biết lý do tại sao quý vị không thể nộp đơn Khiếu Nại kịp thời. |
| |