

歧视投诉表

如果您对此表格存在疑问或需要帮助, 请联系 Claudia Guerrero-Barrera, Non-Discrimination Coordinator (无歧视协调员), 电话 804-489-7269 (TTY: 1-800-828-1120) 或 Civil_Rights@vdh.virginia.gov.

请手写或打印。您也可以通过上述电话号码进行投诉。

投诉人	
*名字:	
*姓氏:	
(请提供电话号码或电子邮件地址)	
电话 (包括区号):	
电子邮件地址:	
*街道地址栏 1:	
*街道地址栏 2:	
*城市:	
*州:	
*ZIP:	
您是否代表他人发起本次投诉? (如果是, 请填写下列字段)	
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
受影响方名字:	
受影响方姓氏:	
投诉人与受影响方的关系:	

投诉详情	
*我认为我曾经 (或受影响方曾经) 因为下列原因而受到歧视:	
<input type="checkbox"/> 种族 / 肤色	<input type="checkbox"/> 祖籍 (包括英语能力有限)
<input type="checkbox"/> 年龄	<input type="checkbox"/> 宗教
<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 残疾
<input type="checkbox"/> 其他 (请写明) 点击或轻点此处输入文本。	
你认为谁对你存在歧视?	
人员的名字和姓氏或机构/组织的名称:	
*街道地址栏 1:	
*街道地址栏 2:	
*城市:	
*州:	
*ZIP:	

弗吉尼亚州卫生部
歧视投诉表

电话（包括区号）：	
您认为歧视是什么时候发生的？ (如果您想举报超过三天的事件，请在下方的投诉描述中列明)	
*违规日期：	
*请简述发生了什么。您认为上述行为为什么或如何构成了歧视？请尽可能明确。（可按需随附更多页）	

通过 VDH 提交投诉完全自愿。VDH 将使用您提供的信息判断 VDH 是否拥有管辖权，如果有，我们该如何处理您的投诉。本表格中提交的信息将保密。只有在调查疑似歧视和法律允许披露的其他用途时，才会披露个人的姓名或其他身份信息。

签名	
我确认，据我所知，本次投诉中提供的信息真实准确。我授权弗吉尼亚州卫生部调取任何必要的记录或信息，以便全面调查我的投诉。	
投诉人签名	今天的日期

请通过下列方式之一提交您填写完毕并签名的投诉表：

- 邮件：收件人：Non-Discrimination Coordinator（无歧视协调员），VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- 电子邮件：Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- 传真：（804）864-7022

逾期提交的正当理由
*如果您在诉称歧视发生后超过 90 天才提交投诉，则请您写明为什么未能及时发起投诉。