



美国教育部 人权办公室

歧视投诉表格

如您需向美国教育部人权办公室（OCR）提交投诉，使用此表格并非唯一途径。您可向OCR 邮寄信件或发送电子邮件代替此表格，但所寄信件或电子邮件中必须包含此表格中一至九项及第十四项所要求之信息。如您决定使用此表格，请以正楷填写所有信息，如需更多书写空间，请另附页。您可在以下网站填写并提交在线表格：
<http://www.ed.gov/about/offices/list/ocr/complaintintro.html>。

填写此表格前，请先阅读信息包内的所有信息，其中包括：OCR 投诉解决程序相关信息、私人信息和同意书使用注意事项。

1. 填表人姓名：

姓：_____ 名：_____ 中间名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

家庭电话：_____ 工作电话：_____

电子邮件地址：_____

2. 被歧视人姓名（如非填表人本人）如被歧视人为18周岁或以上，则在处理此投诉案件前，我们需要此人在此投诉表格以及同意书/授权协议书上签名。如被歧视人为未成年人，且您无合法权力代表该学生提出投诉，则必须提供该学生的父母或法定监护人之签名。

姓：_____ 名：_____ 中间名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

家庭电话：_____ 工作电话：_____

电子邮件地址：_____

3. OCR 负责调查针对从美国教育部接受资金的学院和机构以及受《美国残疾人法案》第二章条款制约的公共教育单位和图书馆之歧视投诉案件。请确定进行歧视行为的机构或部门。如我们无法受理您的投诉，我们会设法将其转至其它相应部门，并及时向您通报。

机构名称： _____

地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

部门/学校： _____

4. OCR 所执行之法律严禁任何基于人种、肤色、国籍、性别、残疾、年龄或报复之歧视行为。请注明您的投诉依据：

人种歧视（详细说明）

肤色歧视（详细说明）

国籍歧视（详细说明）

性别歧视（详细说明）

残疾歧视（详细说明）

年龄歧视（详细说明）

因您提交投诉或维权而招致的报复（详细说明）

违反《美国童子军平权法案》（详细说明）

5. 请描述每一项歧视行为。请在每一项歧视行为描述中，皆注明歧视行为的发生日期、每一位相关人员的姓名，以及您认为该歧视行为是基于人种、残疾、年龄、性别等原因的理由。请提供所有在场并目击到此歧视行为的人员姓名。

6. 您**最近一次**遭受歧视行为的日期？

日期： _____

7. 如此日期为**超过 180 天之前**，则您可申请备案要求豁免 180 天的时间限制。

本人在此为本投诉请求 180 天时间限制豁免。请解释您为什么直到现在才提交投诉的原因。

8. 您是否曾通过内部申诉程序、上诉或正规法律程序听证会，试图与被投诉机构解决所
诉问题？

是 否

如您的答案为“**是**”，请描述您在申诉程序或听证会中提出的申诉内容、确认申
诉提交日期，并告知我们处理状态。如有可能，请向我们提供您的申诉、上诉
或正规法律程序申请书之复印件，以及，若上述程序已结束，请提供相关决定
之复印件。

9. 如此投诉表格中所含陈诉内容已向任何其它联邦、州或地方人权代理机构，或者任何
联邦或州法院提交备案，请提供详细资料及日期。我们将根据您投诉中的具体内容以
及其它代理机构或法院所采取之行动确定是否适合对您的投诉进行调查。

代理机构或法院： _____

填表日期： _____

案件编号或参考编号： _____

代理机构或法院调查结果/发现：

10. 我们希望您能提供知道可在何时何地联系到您的其他人（亲戚或朋友）之姓名及电话号码，以便在我们无法以家庭联系方式或公司联系方式联系到您时通过此人联系到您。此非**必要**信息，但可为我们提供帮助。

姓： _____ 名： _____ 中间名： _____

家庭电话： _____

工作电话： _____

11. 作为此投诉的结果，您希望被投诉机构采取何种措施——您希望获得何种改善？

12. 如无署名，我们无法受理您的投诉。请在下方为此投诉签名并署上日期。

(日期)

(签名)

(日期)

(第二项中所提及之人签名)

请将填写完成并署名的歧视投诉表格、署名的确认书和任何书面材料或其它您认为可帮助 OCR 了解您的投诉内容之文件，邮寄至您所投诉之机构或实体所在地的州 OCR 执法办公室。您可在以下 OCR 官方网站中找到相应执法办公室的邮政地址：<http://wdcrobcop01.ed.gov/CFAPPS/OCR/contactus.cfm>.