

歧視投訴

Department of Licensing (DOL) 的政策遵守所有適用的聯邦和州法律、法規以及與公眾的服務交付和設施訪問之公民權利有關的行政命令。如果您認為在您訪問DOL的公共設施或獲取其服務時受到DOL歧視，DOL希望聽取您的意見。請填寫此表並郵寄至：

Civil Rights Compliance Coordinator
Department of Licensing
PO Box 9032
Olympia, WA 98507

電郵: CivilRtsCoord@dol.wa.gov

電話號碼: (844) 200-4466

聯絡資訊——如果我們需要與您溝通		追蹤號碼 (僅限DOL使用)
您的姓名	(區號) 日間電話號碼	電郵
家庭住址 (地址、市、州、郵遞區號)		

事件資訊

事件日期 (月/日/年)	事件的大致時間 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	事件地點
投訴依據/類型 (請勾選所有適用項)		您是否已就此事件向其他機構提起投訴? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」, 哪個機構? _____
<input type="checkbox"/> 種族/膚色	<input type="checkbox"/> 性別	
<input type="checkbox"/> 殘障	<input type="checkbox"/> 年齡	
<input type="checkbox"/> 低收入	<input type="checkbox"/> 原國籍/英語能力有限	
<input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明) _____		
事件說明 (請闡述發生何事)		
請說明任何有關此事件的支持性文件, 並將其該等文件附於此表		

涉及的人士 (如適用) —— 寫明姓名、頭銜或電話號碼 (若已知)

您認為歧視您的人士姓名	頭銜	(區號) 電話號碼
您認為歧視您的人士姓名	頭銜	(區號) 電話號碼
您認為歧視您的人士姓名	頭銜	(區號) 電話號碼
事件見證人姓名		(區號) 電話號碼
事件見證人姓名		(區號) 電話號碼
事件見證人姓名		(區號) 電話號碼

X

簽名

日期