



奥尔巴尼市人权委员会
市政厅 301 室
纽约州奥尔巴尼，邮编 12207
电话 (518) 434-5296
就业与公共设施投诉表

人权委员会根据以下方面调查歧视投诉：

- 年龄（如果您年满 18 岁）
- 信仰 / 宗教（宗教信仰、习俗或仪式）
- 残障（身体或精神状态）
- 婚姻状况（单身、已婚、分居、离婚、丧偶）
- 服役状态（包括预备役）
- 原国籍（您或您的祖先出生的国家）
- 种族 / 肤色（因为您是亚裔、黑人、印第安人、白人等，包括所属民族）
- 报复（如果您此前发起过歧视投诉，或帮助其他人发起过歧视投诉，或举报过种族、性别或上面或下面所列的其他任何类别的歧视）
- 性别（因为您是男性或女性这一事实，而遭遇性别偏见、性骚扰或怀孕歧视）
- 性取向（同性恋、异性恋、双性恋、无性恋，或被这样认为）
- 性别认同（与传统上对出生性别的预期不一致的自我形象、行为、外表和表现）

除上述投诉领域外，委员会还对居住歧视方面的投诉进行调查。如果您认为自己在居住领域受到歧视，请联系我们的办公室，直接向我们的工作人员诉说，电话是 (518) 434-5296。

请注意：要向奥尔巴尼人权委员会提交投诉，您必须居住在奥尔巴尼市内，或者投诉针对的是奥尔巴尼市内的实体。

如需在线访问此申请表，请点击 www.albanyny.gov/languageaccess

**就业与公共设施
歧视投诉表
奥尔巴尼市人权委员会**



投诉人姓名:

地址:	电话:
-----	-----

工作地点:	所述侵犯日期:
-------	---------



被投诉人姓名 / 地点

职务:	被投诉人电话:
-----	---------

地址:	与投诉人关系:
-----	---------



被投诉人姓名:

职务:	被投诉人电话:
-----	---------

工作地点:	与投诉人关系:
-------	---------

该歧视投诉涉及的领域 就业 公共设施

只有您在就业方面受到歧视时，才需要回答本节中的问题。如果没有，请查看下一页。



公司共有多少员工？ A. 1-3 人 B. 4-14 人 C. 15 人以上 D. 20 人以上 E. 不确定
您目前在该公司工作吗？

是
雇用日期: ___ / ___ / ___ 您是什么职务? _____

否
最后一次工作的日期: ___ / ___ / ___ 您是什么职务? _____

我未受雇于该公司
申请日期: ___ / ___ / ___

就业与公共设施
歧视投诉表
奥尔巴尼市人权委员会

就业与公共设施
歧视投诉表
奥尔巴尼市人权委员会

我:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 遭解雇 | <input type="checkbox"/> 未被聘用 |
| <input type="checkbox"/> 未获得晋升 | <input type="checkbox"/> 被骚扰 |
| <input type="checkbox"/> 被停职 | <input type="checkbox"/> 被性骚扰 |
| <input type="checkbox"/> 遭推定解雇 | <input type="checkbox"/> 被降级 |
| <input type="checkbox"/> 因 BFOQ 而未获聘用* | <input type="checkbox"/> 遭打击报复 |
| <input type="checkbox"/> 得到差评 | <input type="checkbox"/> 因残障未被聘用 |
| <input type="checkbox"/> 加薪请求被拒绝 | <input type="checkbox"/> 被安排难处理的工作 |
| <input type="checkbox"/> 所受培训较少 | <input type="checkbox"/> 被警告 |
| <input type="checkbox"/> 被拒绝分配办公室 | <input type="checkbox"/> 因有犯罪记录而未获聘用 |
| <input type="checkbox"/> 身处不友好的工作环境 | <input type="checkbox"/> 工作条款/条件与其他人不同 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

*正当用工限制条件

我相信这样对待我是因为我的:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 种族 / 肤色或民族 | <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害者身份 (仅限就业) |
| <input type="checkbox"/> 原国籍 | <input type="checkbox"/> 服役状态 |
| <input type="checkbox"/> 信仰 | <input type="checkbox"/> 性别 |
| <input type="checkbox"/> 婚姻 / 家庭伴侣状况 | <input type="checkbox"/> 性取向 |
| <input type="checkbox"/> 残障 | <input type="checkbox"/> 逮捕记录 (仅限就业) |
| <input type="checkbox"/> 报复 | <input type="checkbox"/> 定罪记录 (仅限就业) |
| <input type="checkbox"/> 年龄 (出生日期) | <input type="checkbox"/> 遗传特征 (仅限就业) |
| <input type="checkbox"/> 宗教 | |

就业与公共设施
歧视投诉表
奥尔巴尼市人权委员会

对歧视的描述：

请对您在前几页中列出的有关歧视行为做更详细的介绍。 请包含日期、所涉人员姓名，并解释您为什么认为这是歧视。

请您清楚地打印出或用打字机打出。

就业与公共设施
歧视投诉表
奥尔巴尼市人权委员会

请在下列适用陈述前签上姓名首字母：

- _____ 我被告知：在受理过程中，我的投诉可能会被转到纽约州人权处。
- _____ 我收到了该投诉摘要的副本，上面有平等就业机会专业人士和我的签字。如果要对投诉表中的陈述做出任何更改，我必须在每一更改处签上姓名首字母。
- _____ 我明白，本投诉中的陈述可能用于行政或法律程序，而我可能被要求在与该事项相关的程序中作证。

我在此作证，本投诉中所提供的事实是真实准确的，并且我被告知了上诉/索赔的其他途径：

投诉人签字 / 打印姓名

日期

EEO 代表签字 / 打印姓名

日期

For Administrative Use Only:

_____ This complaint has been reviewed and will be forwarded to the appropriate contact at the State of New York Division of Human Rights

_____ This complaint has been reviewed and **will not** be forwarded to the appropriate contact at the State of New York Division of Human Rights

Affirmative Action Officer /Print Name

Date

如需获得更多信息，或有具体问题要问，请联系：

奥尔巴尼市
平等就业机会 & 公平居住办公室
市政厅 301 室
纽约州奥尔巴尼，邮编 12207
电话 (518) 434-5296

内部投诉

5 / 5