

## 歧視的投訴

|            |      |
|------------|------|
| 姓名         | 計劃類型 |
| 地址         | 案件編號 |
| 市, 州, 郵遞區號 | 電話號碼 |

我認為我曾受到歧視, 這是出自於:

- |                             |                               |                                          |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 民族 | <input type="checkbox"/> 性別   | <input type="checkbox"/> 健康情況            |
| <input type="checkbox"/> 膚色 | <input type="checkbox"/> 性別認同 | <input type="checkbox"/> 遺傳信息            |
| <input type="checkbox"/> 種族 | <input type="checkbox"/> 性別表達 | <input type="checkbox"/> 宗教信仰            |
| <input type="checkbox"/> 血統 | <input type="checkbox"/> 性別取向 | <input type="checkbox"/> 政治背景            |
| <input type="checkbox"/> 族群 | <input type="checkbox"/> 婚姻狀況 | <input type="checkbox"/> 殘疾              |
| <input type="checkbox"/> 年齡 | <input type="checkbox"/> 同性伴侶 | <input type="checkbox"/> 任何其他適用的準則 _____ |

| 歧視者姓名 | 銜頭 | 事發日期 | 事發地點和代理所 |
|-------|----|------|----------|
|       |    |      |          |
|       |    |      |          |
|       |    |      |          |

請用您自己的言語描述, 曾經有什麼行動致使您認為您受到歧視.

---



---



---

請指明您要尋求什麼樣的解決方法.

---



---



---



---

我瞭解, 據我所知上述的資料是正確和全面的.

- ☐ 我不同意發佈我的名字或其他個人身份的資料. 由於我拒絕同意公佈我的資料, 我明白這投訴或許下會被進行調查.
- ☐ 簽署這份投訴代表我授權 CDSS 政府公民權利局 (CRB) 發佈我的身份及其他個人資料給進行調查的機構或團體, 還有其他聯邦和州政府代理機構依照合適的法例和規則. 我在此授權 CRB 接收事項和資料包括, 但不限於申請表, 案件檔案, 個人記錄, 和醫療記錄等. 事項和資料應用作授權公民事權利和執法行動上. 我明白我是不須要授權這個公布.

|       |    |
|-------|----|
| 投訴人簽名 | 日期 |
|-------|----|