

### 歧視性待遇投訴

致： San Francisco Human Services Agency  
Office of Civil Rights (OCR)  
City and County of San Francisco  
P.O. Box 7988  
San Francisco, CA 94120

社會安全號碼： \_\_\_\_\_

個案編號： \_\_\_\_\_

本人， \_\_\_\_\_，特此提出有關歧視性待遇的投訴並要求進行調查。  
(請以正楷書寫您的姓名)

本人認為自己受到歧視的原因是：

<input type="checkbox"/> 原國籍 (包括語言)	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 遺傳資訊
<input type="checkbox"/> 膚色	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 宗教
<input type="checkbox"/> 種族	<input type="checkbox"/> 性別認同或表達	<input type="checkbox"/> 政治派別
<input type="checkbox"/> 血統	<input type="checkbox"/> 性取向	<input type="checkbox"/> 任何其他適用的理由： _____
<input type="checkbox"/> 族群認同	<input type="checkbox"/> 婚姻狀況	
<input type="checkbox"/> 生理或心理殘障	<input type="checkbox"/> 同居伴侶關係	
<input type="checkbox"/> 年齡	<input type="checkbox"/> 疾病	

發生日期： \_\_\_\_\_

本人認為歧視本人者的姓名和職位：

\_\_\_\_\_

導致本人提出投訴的行為、決定或情況如下：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人希望採取以下糾正措施：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_**同意授權**—— 在此項上簽署本人姓名首字母，即表示本人授權社會服務局 (Human Services Agency, HSA)、民權辦公室 (Office of Civil Rights, OCR) 根據適用的聯邦和州法律法規，向接受調查之組織或機構的人員以及其他聯邦和州機構披露本人的身分及其他個人資訊。本人特此授權HSA接收資料和資訊，包括但不限於申請表、個案文檔、個人記錄及醫療記錄。該等資料和資訊應用於經授權的民權合規和執法活動。本人知曉，本人不必授權此次披露，本人是自願授權披露。

\_\_\_\_\_**拒絕授權**—— 本人不同意披露本人的姓名或其他個人身分資訊。本人知曉，由於本人拒絕授權披露資訊，因而此投訴可能不會被調查。

\_\_\_\_\_  
(簽名) (日期) 地址： \_\_\_\_\_  
電話： \_\_\_\_\_