

# 哥倫比亞特區政府 人權辦公室



## 語言服務公眾申訴表

**填寫此調查問卷並不表示提出歧視指控。**

免責聲明：此處要求提供的資料將協助哥倫比亞特區人權辦公室（簡稱 OHR）確定您陳述的情況是否構成對「2004 年哥倫比亞特區語言服務法」的違反行為。請盡量填寫下表的所有欄目。本表須經 OHR 審查後決定是否接受。

### 禁止歧視的通知

按照「1977 年哥倫比亞特區人權法」修訂本「哥倫比亞特區正式法規」第§§2-1401.01 節及後續條款（簡稱「法案」）的規定，哥倫比亞特區不得依照以下實際或類似的狀況進行歧視：種族、膚色、宗教信仰、原國籍、性別、年齡、婚姻狀況、個人外貌、性取向、性別身份或表述、家庭狀況、家庭責任、入學錄取、參加政治組織、遺傳資訊、殘障、收入來源、家庭內部攻擊受害者或居住或業務所在地。性騷擾是法案禁止的一種性別歧視形式。此外，基於任何以上受保護類別進行騷擾也屬於法案禁止的範圍。不得容忍違反法案的歧視行為。違反者將受到處罰。

### \*必須填寫的欄目

#### 1. 申訴人資料

*日期：	*姓名：
*地址：	
*主要電話號碼：	*其他電話號碼：
出生日期：	性別：
*電子郵件地址：	
*原國籍：	
*您希望用哪一種語言交流？	
*其他聯絡人（如果無法找到您）：	
*地址：	
*主要電話號碼：	*其他電話號碼：

## 2. 被告資料

*被申訴的哥倫比亞特區政府機構/部門名稱：
*地址：
*電話：
*機構所在地址：
*為以上機構提供資助的哥倫比亞特區政府機構/部門名稱：

## 3. 申訴

*事件發生日期：
*申訴性質： <input type="checkbox"/> 機構工作人員沒有用您的語言為您提供協助 <input type="checkbox"/> 未提供翻譯資料 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）： _____
*協助您的機構工作人員姓名：
*您是否曾經告訴機構工作人員您希望使用哪一種語言？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *如果回答「是」，您是用什麼方法告訴他們的？ _____
*您是否曾經要求為您服務的機構向您提供任何翻譯文件？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *如果回答「是」，您要求提供的是什麼文件？ _____ _____
*文件用您的語言翻譯了嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
*您是否嘗試與該機構協商解決這個問題？ 如果回答「是」，請提供以下資訊： *您嘗試解決這個問題的日期： _____ *您接洽的人的姓名： _____ *機構作出的答覆： _____ _____ _____



## 僅限部門使用

申訴收訖日期: \_\_\_\_\_

- 指稱的發生在哥倫比亞特區的違反行爲。
  - 指稱的在接受哥倫比亞特區政府或機構資助的部門、計劃或機構發生的違反行爲。
  - 指稱的違反行爲發生在 365 天以內（包括 365 天）。
-