

## 公共便利设施接纳调查问卷

填写本表不构成提出歧视指控。

\*必须填写栏目用星号标出

1. 申诉人信息		
*今天的日期：	*姓名：	
*地址：		
*城市/州/邮政编码：		
电子邮件：_____	*您是否需要用您的语言提供协助？如果是，是哪一种语言？	
*家庭电话号码：_____	英语	法语
工作电话号码：_____	阿姆哈拉语	韩语
	汉语	越南语
	西班牙语	其他语言：_____
如果由法律顾问担任代表，请提供以下信息：		
法律顾问姓名：_____ 电话/传真：_____		
地址：_____ 电子邮件：_____		
<p>请注意：如果您由法律顾问担任代表或在为您安排的接纳面谈之前聘请法律顾问，法律顾问必须 (1) 在您的接纳面谈过程中与您在一起，或者 (2) 不出席面谈，但须向本办公室送交一封信函，说明该面谈可以在没有他/她担任代表的情况下进行。</p>		
您是否要求合理的便利设施？如果是，请解释：_____		
您是否要求口译服务？如果是，是哪一种语言？_____		
2. 被告信息		
公司或机构名称：		
主要负责人（例如，总裁、业主、人力资源经理）姓名和职称：		
地址：		
城市/州/邮政编码：		
电话号码：	传真号码：	电子邮件地址：
3. 申诉依据		
依据是您所属的类别或被认为所属的类别以及据称因以下哪一项受到不同的对待。		
*您是否认为您是因为您的（请勾选相关的一个或多个方框）而受到歧视：		
种族	残障	个人外貌
政治背景	宗教	家庭责任
原国籍	年龄	性别认同或表现
性别	遗传信息	肤色
性取向	婚姻状况	录取入学

家庭状况

居住地或业务所在地

#### 4. 司法管辖权

\*请勾选所有适用的项目：

指称的违规行为发生在哥伦比亚特区。

指称的违规行为发生在距离今天的日期之前 365 天或以内。

您尚未根据此处描述的同一种非法歧视行为在任何其他法庭开始任何其他民事、刑事或行政诉讼。

- 公共便利设施接纳调查问卷接下页 -

#### 5. 公共便利设施信息

\*采取了什么行动使您感到受到不同的对待？

不提供便利设施  
(宗教或残障)

拒绝提供服务

敌意的环境

其他：  
\_\_\_\_\_

\*指称的事件发生日期：\_\_\_\_\_ \*您请求提供的服务：\_\_\_\_\_

拒绝您的服务请求的人(如知道)：

姓名：\_\_\_\_\_ 职称：\_\_\_\_\_

这个人与您有什么不同？(即这个人的受保护依据是什么？请参阅第3节中的完整依据列表。)

您是否曾尝试与被告解决这个问题？如果是，请描述您曾与谁交谈以及他们的回答：

#### \*6. 您的申诉

请详细描述导致您提出歧视申诉的事件。请列出日期以及在拒绝提供教育服务方面歧视您的人的姓名。如果这是基于残障的申诉，请具体说明是否提出提供便利设施的请求；向其提交请求的人以及被告接到您的残障通知的日期。

## 7. 转介信息

您是如何得知哥伦比亚特区人权办公室的？( 请勾选所有适用的项目 )

家人、朋友或熟人 人权办公室 ( OHR ) 社交媒体 ( Facebook、Twitter 等 ) 活动或培训 新闻报道 ( 打印件、广播、电视或网络 ) 其他 : _____	哥伦比亚特区政府或 311 电话号码 人权办公室广告 社区组织或非营利组织 : _____	人权办公室网站或搜索引擎 人权办公室手册或传单 律师或律师助理办公室 : _____
--	--	---

**提交本接纳调查问卷不构成提出指控。**

**请将本表用邮件寄回或亲自送回至 : 441 4<sup>th</sup> Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001**

哥伦比亚特区人权办公室 ( OHR ) 旨在根除歧视、增进平等机会和保护在哥伦比亚特区居住、工作或访问的人的人权。  
人权办公室收到本申诉表后将安排接纳面谈。

\_\_\_\_\_  
\*可能的指控方签名

\_\_\_\_\_  
\*日期