

## 歧视投诉

Department of Licensing (DOL) 的政策是遵守所有适用的联邦和州法律、法规以及与公众的服务交付和设施访问之公民权利有关的行政命令。如果您认为在您到访DOL的公共设施或获取其服务时，DOL可能歧视了您，DOL希望听取您的意见。请填写此表并邮寄至：

**Civil Rights Compliance Coordinator**  
**Department of Licensing**  
**PO Box 9032**  
**Olympia, WA 98507**

电子邮件：[CivilRtsCoord@dol.wa.gov](mailto:CivilRtsCoord@dol.wa.gov) 电话号码：844.200.4466

<b>联系信息</b> —如果我们需与您沟通		追踪号码 (仅限DOL使用)
您的姓名	10位数的日间电话号码	电子邮件
家庭住址 (地址、市、州、邮编)		

### 事件信息

事件日期 (月/日/年)	事件的大致时间 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	事件地点
投诉依据/类型 (请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 种族/肤色 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> 原国籍/英语能力有限 <input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明) _____		您是否已就此事件向其他机构提起投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若“是”，哪个机构? _____
事件说明 (请说明发生何事)		
请说明任何有关此事件的支持性文件，并附于此表后		

### 涉及人员 (如适用)

您认为歧视您的人士姓名	头衔	10位数的电话号码
您认为歧视您的人士姓名	头衔	10位数的电话号码
您认为歧视您的人士姓名	头衔	10位数的电话号码
事件目击者姓名		10位数的电话号码
事件目击者姓名		10位数的电话号码
事件目击者姓名		10位数的电话号码

**X**

签名

日期