

## 歧視投訴

Department of Licensing (DOL) 的政策遵守所有適用的聯邦和州法律、法規以及與公眾的服務交付和設施訪問之公民權利有關的行政命令。如果您認為在您訪問DOL的公共設施或獲取其服務時受到DOL歧視，DOL希望聽取您的意見。請填寫此表並郵寄至：

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

電子郵件：[CivilRtsCoord@dol.wa.gov](mailto:CivilRtsCoord@dol.wa.gov) 電話號碼：844.200.4466

<b>聯絡資訊</b> —如果我們需要與您溝通		追蹤號碼 (僅限DOL使用)
您的姓名	10位數日間電話號碼	電郵
家庭住址 (地址、市、州、郵遞區號)		

### 事件資訊

事件日期 (月/日/年)	事件的大致時間 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	事件地點
投訴依據/類型 (請勾選所有適用項)		您是否已就此事件向其他機構提起投訴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，哪個機構？
<input type="checkbox"/> 種族/膚色	<input type="checkbox"/> 性別	_____
<input type="checkbox"/> 殘障	<input type="checkbox"/> 年齡	
<input type="checkbox"/> 低收入	<input type="checkbox"/> 原國籍/英語能力有限	
<input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明) _____		
事件說明 (請闡述發生何事)		
請說明任何有關此事件的支持性文件，並將其該等文件附於此表		

### 涉及的人士 (如果有的話)

您認為歧視您的人士姓名	頭銜	10位數電話號碼
您認為歧視您的人士姓名	頭銜	10位數電話號碼
您認為歧視您的人士姓名	頭銜	10位數電話號碼
事件見證人姓名		10位數電話號碼
事件見證人姓名		10位數電話號碼
事件見證人姓名		10位數電話號碼

**X**

簽名

日期