

差別に関する苦情申立て

Department of Licensing (DOL) では、公衆へのサービス提供と施設利用の市民権に関する、該当するすべての連邦法および州法、規制、行政命令に準拠することをポリシーとしています。皆様がDOLから公共施設またはサービス利用権の提供を受ける際にDOLにより差別された可能性があると感じられた場合には、DOLまでお知らせください。本フォームに記入の上、以下の宛先まで郵送をお願いします。

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

電子メール: CivilRtsCoord@dol.wa.gov 電話番号: 844.200.4466

連絡先情報 – 申立者に連絡を取る必要がある場合に使用します		追跡番号 (DOL内でのみ使用)
氏名	日中連絡の取れる電話番号 (10桁)	電子メール
自宅の住所 (住所、市、州、ZIPコード)		

インシデントの情報

インシデントの発生日 (月/日/年)	おおよその時刻 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	インシデントの発生場所
苦情の根拠/種類 (該当するものをすべて選択) <input type="checkbox"/> 人種/肌の色 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 低収入 <input type="checkbox"/> 出身国/不十分な英語技能 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載) _____		本インシデントに関して、他の機関に苦情を申し立てましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、どの機関ですか? _____
インシデントの説明 (何が起きたのかを記載してください)		
インシデントに関する裏付け文書がある場合にはこちらに記載し、本フォームに文書を添付してください		

関与した人物 (該当する場合)

申立者に対して差別を行ったと考える人物の名称	役職	10桁の電話番号
申立者に対して差別を行ったと考える人物の名称	役職	10桁の電話番号
申立者に対して差別を行ったと考える人物の名称	役職	10桁の電話番号
インシデントの目撃者の名称		10桁の電話番号
インシデントの目撃者の名称		10桁の電話番号
インシデントの目撃者の名称		10桁の電話番号

X

署名

日付