

## Khiếu nại về Kỳ thị

Chính sách của Department of Licensing (DOL) là tuân thủ tất cả các luật, quy định hiện hành của liên bang và tiểu bang, và các lệnh điều hành liên quan đến quyền công dân trong cung cấp dịch vụ và quyền tiếp cận các tiện ích dành cho công chúng. Nếu bạn tin rằng DOL có thể đã kỳ thị bạn khi cung cấp cho bạn quyền tiếp cận với các tiện ích hoặc dịch vụ công của DOL, DOL mong muốn nghe ý kiến của bạn. Hãy hoàn thành mẫu đơn này và gửi qua đường bưu điện đến:

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

**Email:** [CivilRtsCoord@dol.wa.gov](mailto:CivilRtsCoord@dol.wa.gov) **Số điện thoại:** 844.200.4466

<b>Thông tin liên hệ – Trong trường hợp chúng tôi muốn liên hệ với bạn</b>		Số theo dõi (chỉ dành cho DOL)
Tên của bạn	Số điện thoại ban ngày 10 chữ số	Email
Địa chỉ nhà (Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu điện)		

### Thông tin về sự việc

Ngày xảy ra sự việc (tháng/ngày/năm)	Khoảng thời gian xảy ra sự việc <input type="checkbox"/> sáng <input type="checkbox"/> chiều/tối	Địa điểm xảy ra sự việc
Cơ sở/Kiểu khiếu nại (chọn tất cả nếu áp dụng) <input type="checkbox"/> Chủng tộc/Màu da <input type="checkbox"/> Giới tính <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Tuổi <input type="checkbox"/> Thu nhập thấp <input type="checkbox"/> Nguồn gốc dân tộc/Hạn chế về năng lực tiếng Anh <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ) _____		Bạn có nộp đơn khiếu nại đến một cơ quan khác liên quan đến sự việc này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu "Có", đó là cơ quan nào? _____
Mô tả sự việc (giải thích chuyện gì đã xảy ra)		
Mô tả bất kỳ tài liệu chứng minh nào liên quan đến sự việc và đính kèm các tài liệu đó vào mẫu đơn này		

### Các cá nhân có liên quan, nếu có

Tên người bạn tin là đã kỳ thị bạn	Chức vụ	Số điện thoại 10 chữ số
Tên người bạn tin là đã kỳ thị bạn	Chức vụ	Số điện thoại 10 chữ số
Tên người bạn tin là đã kỳ thị bạn	Chức vụ	Số điện thoại 10 chữ số
Tên người chứng kiến sự việc		Số điện thoại 10 chữ số
Tên người chứng kiến sự việc		Số điện thoại 10 chữ số
Tên người chứng kiến sự việc		Số điện thoại 10 chữ số

**X**

Chữ ký

Ngày