

WIOA第188条投诉

说明：根据29 CFR § 38.9(a)，寻求提出歧视投诉的个人和实体自愿使用此表格。注：根据29 CFR § 38.69(c)。此表格应在被指控的歧视行为发生之日起180天内填写并提交。您提供的个人信息可能被用于次要目的[隐私法，Wis. Stat. § 15.04(1)(m)]。

投诉人的信息	
投诉人的名字	
投诉人地址（街道邮政信箱）	
城市，州，邮政编码	
电子邮件地址	电话号码

被投诉人信息（如果被指控，投诉人声称对侵犯或歧视负责的个人或实体）	
个人/单位/机构名称	
被投诉人地址（街道或邮政信箱）	
城市，州，邮政编码	
电话	联系人（如知道）

3. 勾选所有适用和指定特征的歧视理由

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 种族 _____ | <input type="checkbox"/> 公民身份 _____ |
| <input type="checkbox"/> 肤色 _____ | <input type="checkbox"/> 残疾 _____ |
| <input type="checkbox"/> 性别 _____ | <input type="checkbox"/> 年龄 _____ |
| <input type="checkbox"/> 怀孕 _____ | <input type="checkbox"/> 政治派别或信仰 _____ |
| <input type="checkbox"/> 分娩和相关的医疗状况
_____ | <input type="checkbox"/> 宗教 _____ |
| <input type="checkbox"/> 性别刻板印象 _____ | <input type="checkbox"/> 报复/报复 _____ |
| <input type="checkbox"/> 变性人身份 _____ | <input type="checkbox"/> 国家起源 _____ |
| <input type="checkbox"/> 性别认同 _____ | <input type="checkbox"/> 英语水平有限 _____ |
| <input type="checkbox"/> 性骚扰 _____ | <input type="checkbox"/> WIOA受益人身份 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

4. 尽可能简明扼要地描述你投诉的依据。如有需要，请附上额外的表格。同时，附上与投诉有关的任何书面材料。

a. 请解释你是如何受到歧视的：

b. 谁牵涉其中?包括证人和被投诉人的代表，他们参与或有第一手资料的行动。包括电子邮件地址和电话号码，如果知道的话。

c. 列出每个行为发生的位置和日期。

5. 指称的歧视行动发生的第一天： _____

6. 指称的歧视行动最近发生的日期： _____

7. 你有律师或其他代表来处理这个投诉吗？ 有 没有

如果有，请提供联系方式：

律师或代表/公司名称	
电子邮件	电话
地址（街道邮政信箱）	
城市，州，邮政编码	

8. 如果您已就这些指控向任何其他政府机构或非联邦实体提起诉讼或投诉，请填写以下部分：

我明白，根据威斯康星州公共记录法，本投诉可能会被公布。

投诉人签名	签署的日期
-------	-------

注：您或您的律师的电子签名是可以接受的。

将填好的表格发送至：DETEOContact@dwd.wisconsin.gov 或劳动力发展部，就业与培训- EO, PO 邮箱 7972, 麦迪逊WI 53707。

仅供办公室使用：

收到日期	案号
------	----