



歧视投诉表

1964 年《民权法》第六章规定：“在美国的任何人均不得因种族、肤色或国籍等原因，在可以获得联邦财政援助的项目或活动中，被排除参与，或被剥夺享有福利的权利，或受到歧视。”

如果有人认为自己在接受福利和/或服务时，因为种族、肤色、国籍或英语水平有限等原因，受到了不平等待遇或被歧视，他们都有权通过民权协调员对克拉克马斯县（Clackamas County）提起书面的歧视投诉。此外，有关指称残障歧视的投诉也可以向民权协调员提出。基于其他民权法规定的保护而提出的投诉，如宗教、性别、性取向、性别认同、年龄或收入来源等的投诉，将由克拉克马斯县法律顾问办公室进行审查。

这是一个行政程序，不提供补偿性的或惩罚性的赔偿。此程序并不具有排他性质。也就是说，向本县提交了投诉的人员也可以向其他州或联邦机构或法院提出投诉。提交投诉有时间限制。一般来说，联邦机构要求在歧视发生日后 180 天内提交有关第六章的投诉。

关于提起歧视投诉的说明：

如果您认为您在非歧视法律规定下的权利遭到侵犯，请填写随附的“歧视投诉表”。如果您提出请求，我们可以帮助您填写该表格，并提供包括翻译和/或口译服务等。

填写表格后，请通过电子邮件或邮寄方式发送至：

Emmett Wheatfall, Civil Rights Coordinator
Clackamas County Administration
2051 Kaen Rd., Suite 450
Oregon City, OR 97045

县行政管理处周一至周四、上午 7 点至下午 6 点开放，周五休息。欲获得更多信息，请联系民权协调员：503-655-8291 或发电邮至：ewheatfall@clackamas.us。

歧视投诉被受理的前提是：

- a. 涉及基于种族、肤色、国籍或残疾的歧视；
- b. 指称这种歧视是由本县、本县员工或本县的子受方/承包商造成的；且
- c. 投诉是在发生该指称歧视后 180 天内提交的，或者是在申诉人知道后或本应该知道后的 180 天内提交的。

为了对投诉进行全面调查，请提供以下信息：

- a. 遭受歧视行为的个人姓名、地址和电话号码；
- b. 指称歧视行为发生的日期或申诉人意识到该指称歧视的日期；
- c. 对该歧视做法或行为及任何相关事实做出简要但具体的描述；且
- d. 提供包括本县雇员或承包商在内的所有证人的姓名和联系方式。

此投诉表必须在签字或确认后，由本人亲自返还或通过邮寄或电子邮件方式返还给民权协调员。民权协调员将确认收到了这份投诉表。只有在民权协调员核实过投诉人的身份和进行投诉的意图后，通过邮寄或邮件收到的投诉表才会得到受理。

针对一项歧视投诉的回应：

投诉被受理后，民权协调员会确定：

- a. 投诉是否完整；
- b. 是否需要提供更多信息，以及
- c. 投诉是否及时。

民权协调员将在 10 个工作日内以书面形式通知申诉人，其投诉是否已被受理，并告知指定案件编号。如果投诉未被受理，民权协调员将解释原因。如果因为需要提供更多信息而未被受理，投诉人将被告知需要提供补充信息。

如果投诉得到受理，民权协调员将调查投诉的案情实质，并尽量在小范围内解决该投诉。根据协议要求，可将投诉转发给州和/或联邦监督机构。如果投诉的对象是为本县执行工作的承包商，那么民权协调员将行使司法管辖权并进行调查。

投诉被驳回：

本县可以基于以下任何原因驳回一项投诉：

- a. 申诉人撤回申诉。
- b. 虽本县多次要求申诉人提供处理投诉所需的其他信息，申诉人一直未做出回应。
- c. 投诉不及时。
- d. 无法找到投诉人。
- e. 经认定，该投诉在法律上不足以成立。

调查与跟踪歧视投诉：

当一项投诉得到受理后，民权协调员将在 10 个工作日内以书面形式通知该投诉人，调查投诉案情的实质，并尽量在小范围内解决该投诉。案件受理过程中随时可进行私下调解。投诉可根据需要转发给州和/或联邦监督机构。

- 如果投诉的对象是为本县执行工作的承包商，民权协调员将行使司法管辖权并进行调查。
- 如果投诉的对象是本县员工，本县民权协调员将与相关员工及其上级一起试着解决此投诉。

民权协调员将在投诉受理后 60 个工作日内提供有关此次投诉的书面决定。

对民权协调员的书面决定提出上诉：

只有在出现新事实的情况下，民权协调员才会重新考虑该投诉。如果申诉人对民权协调员的书面决定不满，申诉人可在决定公布之日起的 10 个工作日内，向民权协调员提供书面上诉意向通知。此上诉应提交给克拉克马斯县行政管理处处长或其指定人员。县行政管理处处长或其指定人员应在收到上诉意向通知后的 30 个工作日内对该上诉作出决定，这将是本县的最终决定。

歧视投诉表

1. 投诉人姓名 _____

2. 投诉人街道地址 _____

3. 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

4. 电话号码（日间）_____（晚间）_____

5. 这个人是否对申诉人以外的人有歧视？ 如果是，请在下面列出他们的名字。

姓名 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

邮箱： _____

6. 遭受歧视的原因是什么？请勾选所有适用的选项

种族/肤色 低收入 残疾 宗教
 国籍 性别 英文水平有限 性取向
 年龄 性别认同

7. 发生导致歧视的事件日期 _____

8. 请描述遭受歧视的具体情况。当时发生了什么？谁应该为此负责？（如需更多空白地方，请另附一页纸或写在表格的背面。）

9. 你认为有哪些人参与其中？

10. 这个事情发生在什么地方？越详细越好。

11. 有没有见证人？如果有，请提供联系方式。

姓名 _____
街道地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮编 _____
电话号码(日间) _____ (晚间) _____
邮箱: _____

姓名 _____
街道地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮编 _____
电话号码(日间) _____ (晚间) _____
邮箱: _____

姓名 _____
街道地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮编 _____
电话号码(日间) _____ (晚间) _____
邮箱: _____

12. 您是否曾向其他联邦、州或本地的代理机构，或是联邦法院或州法院提交该投诉？
 是 否

如果是，请勾选提交投诉的各个机构：

联邦机构 联邦法院 州政府机构
 州法院 本地机构 其他

如果回答是，请提供您提交投诉机构的联系人信息：

姓名 _____
街道地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮编 _____
填表日期 _____

请在下面空白处签名，并附上所有您认为可以支持该投诉的文件。谢谢。

投诉人签名

签署日期

表格填好后，请返还至：

Emmett Wheatfall, Civil Rights Coordinator, Clackamas County, County Administration,
2051 Kaen Rd., Suite 450, Oregon City, OR 97045 或发邮件至: ewheatfall@clackamas.us.

县行政管理处周一至周四、上午 7 点至下午 6 点开放，周五休息。电话号码：503-655-8291，邮箱：
ewheatfall@clackamas.us。