



伊利诺伊州金融与专业监管局

(Illinois Department of Financial and Professional Regulation)

投诉表 (Complaint Form)

联邦和州法律法规要求，伊利诺伊州须遵守所有不歧视法律，包括但不限于1964年联邦《民权法案》(Civil Rights Act of 1964)、《美国残疾人法案》(Americans with Disabilities Act) 和《伊利诺伊州人权法案》(Illinois Human Rights Act)。这包括确保所有人士均能切实地使用伊利诺伊州的服务、福利和项目。如果您觉得因为您的年龄、种族、性别、残疾、国籍、性取向或任何其他受保护的原因而被拒绝和/或限制使用州政府的服务、福利或项目，请填写此表并提交给：FPR.EEO@illinois.gov。

您的相关信息

您的姓名和地址：

姓名 _____

地址 _____

城市 _____

州 _____

邮政编码 _____

您的电话号码和电子邮件：

家庭电话 _____

备用号码 _____

什么时候方便与您联系？

上午

下午

电子邮件 _____

投诉依据：

请勾选所有适用项

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 种族 | <input type="checkbox"/> 性别 | <input type="checkbox"/> 性别认同 | <input type="checkbox"/> 残疾 |
| <input type="checkbox"/> 肤色 | <input type="checkbox"/> 年龄 | <input type="checkbox"/> 怀孕 | <input type="checkbox"/> 报复 |
| <input type="checkbox"/> 宗教 | <input type="checkbox"/> 国籍 | <input type="checkbox"/> 公民身份 | <input type="checkbox"/> 性骚扰 |
| <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 语言使用 | <input type="checkbox"/> 逮捕记录 | <input type="checkbox"/> 其他 |

与您的投诉有关的信息

请说明您所投诉的事件发生在伊利诺伊州的哪个办事处（或其他地点）：

请尽可能确定涉及该事件的伊利诺伊州雇员和/或其他人员：

请确定事件发生的大致时间和日期：

请描述您的问题或关切事项。请务必提供以下信息：涉及的人员，他们做了什么和/或说了什么，包括所使用的任何攻击性或贬损性语言；您是否觉得您或其他人士受到了不平等的差别对待；您是否尝试过但却无法获得州政府信息或服务；以及您认为重要的任何其他信息。如果您需要额外的填写空间或有一些与投诉有关的额外书面材料，请附在本表格之后。

关于投诉内容，您是否有知情证人？如果有，请提供他们的姓名、地址和电话号码。

姓名	地址	电话号码

语言使用：

如果您的投诉涉及使用您会说的或会写的语言来获得政府服务，则请填写此部分。

1. 您用什么语言交谈？
2. 您是用您的语言进行读写吗？
3. 是否有人帮助您填写本表格？

如果您对第3项的回答为“是”，则请列出帮助您填表的人的姓名和联系信息：

兹证明，我已阅读了本投诉书，且据我所知，我所提供的信息真实且准确。

_____ 签名

_____ 日期