



伊利诺州金融与专业监管局

(Illinois Department of Financial and Professional Regulation)

投訴表 (Complaint Form)

聯邦和州法律法規要求，伊利諾州須遵守所有不歧視法律，包括但不限於1964年聯邦《民權法案》（ Civil Rights Act of 1964 ）、《美國殘障人法案》（ Americans with Disabilities Act ）和《伊利諾州人權法案》（ Illinois Human Rights Act ）。這包括確保所有人士均能切實地使用伊利諾州的服務、福利和項目。如果您覺得因為您的年齡、種族、性別、殘障、國籍、性取向或任何其他受保護的原因而被拒絕和/或限制使用州政府的服務、福利或項目，請填寫此表並提交給：FPR.EEO@illinois.gov。

您的相關信息

您的姓名和地址：

姓名_____

地址_____

城市_____

州_____

郵遞區號_____

您的電話號碼和電子郵件：

家庭電話_____

備用號碼_____

什麼時候方便與您聯繫？

上午

下午

電子郵件_____

投訴依據：

請勾選所有適用項

種族

性別

性別認同

殘障

膚色

年齡

懷孕

報復

宗教

國籍

公民身份

性騷擾

性取向

語言使用

逮捕記錄

其他

與您的投訴有關的信息

請說明您所投訴的事件發生在伊利諾州的哪個辦事處（或其他地點）：

請盡可能確定涉及該事件的伊利諾州僱員和/或其他人員：

請確定事件發生的大致時間和日期：

--

請描述您的問題或關切事項。請務必提供以下信息：涉及的人員，他們做了什麼和/或說了什麼，包括所使用的任何攻擊性或貶損性語言；您是否覺得您或其他人士受到了不平等的差別對待；您是否嘗試過但卻無法獲得州政府信息或服務；以及您認為重要的任何其他信息。如果您需要額外的填寫空間或有一些與投訴有關的額外書面材料，請附在本表格之後。

--

關於投訴內容，您是否有知情證人？如果有，請提供他們的姓名、地址和電話號碼。

姓名	地址	電話號碼

語言使用：

如果您的投訴涉及使用您會說的或會寫的語言來獲得政府服務，則請填寫此部分。

1. 您用什麼語言交談？

2. 您是用您的語言進行讀寫嗎？

3. 是否有人幫助您填寫本表格？

如果您對第3項的回答為“是”，則請列出幫助您填表的人的姓名和聯繫信息：

茲證明，我已閱讀了本投訴書，且據我所知，我所提供的信息真實且準確。

簽名

日期