



Mẫu Đơn Kháng Cáo/Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử

Chính sách của Sở Cá và Động Vật Hoang Dã Washington (Washington Department of Fish and Wildlife, WDFW) là tuân thủ tất cả các luật, quy định và lệnh hành pháp hiện hành của liên bang và tiểu bang liên quan đến quyền công dân trong việc cung cấp dịch vụ và tạo điều kiện tiếp cận cơ sở vật chất cho công chúng. Nếu quý vị tin rằng WDFW có thể đã phân biệt đối xử với quý vị trong quá trình cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận các cơ sở vật chất, chương trình, hoạt động hoặc dịch vụ cho công chúng của WDFW, WDFW sẵn sàng nghe ý kiến phản hồi từ quý vị. Hãy hoàn thành mẫu đơn này và gửi thư tới:

Title VI Compliance Coordinator
Washington Department of Fish and Wildlife
PO Box 43139
Olympia, WA 98504

Số điện thoại: 833-885-1012

Email: Title6@dfw.wa.gov

Số theo dõi (chỉ WDFW sử dụng)

Thông tin liên hệ – Trong trường hợp chúng tôi cần liên lạc với quý vị

Tên quý vị	(Mã vùng) Số điện thoại ban ngày	Email
Địa chỉ nhà (Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính)		

Thông tin vụ việc

Ngày xảy ra vụ việc (tháng/ngày/năm)	Khoảng thời gian xảy ra vụ việc <input type="checkbox"/> sáng <input type="checkbox"/> chiều/tối	Địa điểm xảy ra vụ việc
Cơ Sở/Loại khiếu nại (chọn tất cả các lựa chọn phù hợp)		Quý vị có nộp đơn khiếu nại với cơ quan khác về vụ việc này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu "Có", đó là cơ quan nào?
<input type="checkbox"/> Chủng tộc/Màu da	<input type="checkbox"/> Giới tính	
<input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật	<input type="checkbox"/> Tuổi tác	
<input type="checkbox"/> Thu nhập thấp	<input type="checkbox"/> Nguồn gốc quốc gia/Trình độ tiếng Anh hạn chế	
<input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ) _____		
Mô tả vụ việc (giải thích những gì đã xảy ra)		
Cung cấp và mô tả bất kỳ giấy tờ chứng minh nào liên quan đến vụ việc và đính kèm chúng vào mẫu đơn này		

Các cá nhân có liên quan, nếu có – Điền tên, chức vụ hoặc số điện thoại, nếu biết

Tên của người mà quý vị tin rằng đã phân biệt đối xử với quý vị	Chức vụ	(Mã vùng) Số điện thoại
Tên của người mà quý vị tin rằng đã phân biệt đối xử với quý vị	Chức vụ	(Mã vùng) Số điện thoại
Tên của người mà quý vị tin rằng đã phân biệt đối xử với quý vị	Chức vụ	(Mã vùng) Số điện thoại
Tên của nhân chứng vụ việc		(Mã vùng) Số điện thoại
Tên của nhân chứng vụ việc		(Mã vùng) Số điện thoại
Tên của nhân chứng vụ việc		(Mã vùng) Số điện thoại

X

Chữ ký

Ngày