



歧视投诉/上诉表

WDFW (Washington Department of Fish and Wildlife, Washington鱼类和野生动物部) 的政策是遵守与为公众提供服务和设施方面的公民权利相关的所有适用联邦和州法律、法规和行政命令。如果您认为WDFW在为您提供WDFW的公共设施、计划、活动或服务时歧视您, WDFW希望您能告知情况。填写此表, 并邮寄至:

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

电话: 833-885-1012

电子邮件: Title6@dfw.wa.gov

联系方式——以便在需要时与您进行沟通

投诉人姓名		(区号) 日间电话	查询号 (仅供WDFW填写)
家庭住址 (地址、城市、州、邮政编码)		电子邮件	

事件信息

事发日期 (年/月/日)	大概事发时间 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	事发地点
投诉依据/类型 (勾选所有适用选项) <input type="checkbox"/> 种族/肤色 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> 原国籍/英语水平有限 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明) _____		是否已就此事件向其他机构投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若选“是”, 已向哪家机构投诉? _____
事件描述 (说明具体情况)		
提供并说明任何关于该事件的证明文件, 并将文件附在此表格上		

涉事人员 (如适用) ——若知晓, 请填写其姓名、职务或电话号码

您认为歧视您的人员的姓名	职务	(区号) 电话号码
您认为歧视您的人员的姓名	职务	(区号) 电话号码
您认为歧视您的人员的姓名	职务	(区号) 电话号码
事件目击者的姓名		(区号) 电话号码
事件目击者的姓名		(区号) 电话号码
事件目击者的姓名		(区号) 电话号码

X

签名

日期