

**美国司法部**

民权司

残疾人维权处

---

OMB 控制编号 1190-0009。表格届满日期：2021 年 9 月 30 日

**《美国残疾人法案》歧视投诉表**

说明：请用黑色墨水或打字，完整填写此表格。签名并寄回至第 3 页所述地址。

投诉人：

---

地址：

---

城市、州和邮政编码：

---

电话号码： 家庭：

办公：

受歧视的人：

( 如与投诉人不同 )

---

地址：

---

城市、州和邮政编码：

---

电话号码： 家庭：

办公：

您认为歧视他人的政府、组织或机构：

名称：

---

地址：

---

县：

---

最近更新日期：2019 年 5 月

城市：

---

州和邮政编码：

---

电话号码：

---

歧视发生在什么时候？日期：

---

描述歧视行为，并在可能的情况下提供歧视者的姓名（如有必要，请使用第 3 页的空白处）：

---

---

是否已通过政府、组织或机构的内部申诉程序努力解决该投诉？

是\_\_\_\_\_ 否\_\_\_\_\_

如果是：申诉状态如何？

---

---

投诉是否已提交予司法部的其他分署或任何其他联邦、州或地方民权机构或法院？

是\_\_\_\_\_ 否\_\_\_\_\_

如果是：

机构或法院：

---

联系人：

---

地址：

---

最近更新日期：2019 年 5 月

城市、州和邮政编码：

---

电话号码：

---

提交日期：

---

您是否打算向其他机构或法院提出申诉？

是\_\_\_\_\_ 否\_\_\_\_\_

机构或法院：

---

地址：

---

城市、州和邮政编码：

---

电话号码：

---

更多回复空间：

---

---

---

---

---

签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

欲通过邮寄方式提出 ADA 投诉，请将此填妥的表格寄至：

最近更新日期：2019 年 5 月

U.S. Department of Justice  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Civil Rights Division  
Disability Rights Section  
Washington, D.C. 20530

欲通过传真方式提出 ADA 投诉，请将此填妥的表格寄至：(202) 307-1197

### **《减少文书工作法》声明**

此要求符合 1995 年《减少文书工作法》( 美国法典第 44 部第 3507 款 )。此信息收集的目的是允许司法部的残疾人维权科从事获授权的民权合规和执法活动。提供信息纯属自愿，未能提供该信息可能导致残疾人维权科无法处理您的投诉则除外。与该收集有关的估计平均负担时数为每个答复 45 分钟，具体取决于个人情况。有关此负担时数估计的准确性的意见和减少此负担时数的建议，可发送电子邮件至残疾人维权科：DRS.PRA@crt.usdoj.gov。机构不得进行或赞助信息收集，没有人必须对收集信息请求作出答复，除非其显示有效的 OMB 控制号码。

最近更新日期：2019 年 5 月