



美国司法部
 民权司
 与移民相关的特别忠告办公室
 不公正就业实践 (OSC)

OMB 编号 1190-0018
 修改日期: 2015 年 1 月 2 日

OSC 投诉表格

美国移民法律禁止与雇用、解雇或招聘或者提及保护个人的费用有关的根据**公民身份状态**的歧视: 公民、美国国民、永久居民、临时居民、难民和寻求政治避难者(在六个月合格期内不申请归化的合法的永久居民除外)。也禁止与雇用、解雇或招聘或者提及保护个人的费用有关的依据**原国籍**的(以有四到十四位雇员的雇主为标准)歧视。法律也禁止**文件滥用**: 当个人、工商企业或者组织拒绝接受一个合法的文件, 指定个人能提供的文献或要求比由于个体的公民身份状态或原国籍为完成I-9表格需要更多或不同的文件。法律也禁止对个人为维护他们在移民法律的反歧视条款保护下的权利, 或为参加或被协助本办公室进行的调查而受到**报复**。

投诉表格指南:

谁能提出投诉: 宣称他或她是歧视的受害者的任何人或代表受害者的一个授权人。本投诉表格必须在歧视涉嫌的日期180天内邮寄到如下地址或传真到 (202) 616-5509或发电子邮件到 oscrt@usdoj.gov。本表格应该按任何语言将请求的信息通过打字或易读打印完成。如果问题不适用, 应该任它空白。

**U.S. Department of Justice
 Civil Rights Division
 Office of Special Counsel for Immigration-Related Unfair Employment Practices - NYA
 950 Pennsylvania Avenue, NW
 Washington, DC 20530**

有关该投诉表格的问题可以打电话 (202) 616-5594 或 1-800-255-7688(免费电话), TTY (202) 616-5525 或 TTY 1-800-237-2515 (免费电话)到OSC。

第1节: 受害人联系方式

受害人 (宣称是歧视或报复的受害者的人) 的姓名和地址
 男 女
 姓名: _____

街道或邮寄地址: _____

房间: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

电话: (家庭) _____ (手机) _____

传真: _____ 电子邮箱: _____

愿意我们与受害人用另一语言交流吗? 是 否

指定语言: _____

电话联系受害人的最佳时间是什么时候 (如果不是代表)? _____

第2节：受害人的国籍或移民状态信息

请提供受害人的国籍或移民状态信息或工作许可类型：

- 公民
- 美国国民
- 合法的永久居民 居留获准日期：(日) _____ (月) _____ (年) _____
- 受害人申请过入籍吗？ 否 是
(申请日期)：(日) _____ (月) _____ (年) _____
- 寻求政治避难者
- 难民
- 根据 § 1160(a) 或 § 1255(a) 入境的临时居民（根据80年代INA修正案某些个人符合状态调整）
- 上面都不是，但获准工作：
失效日期：(日) _____ (月) _____ (年) _____

请指明：

- H-1 H-2 F-1/OPT J-1 B-1 寻求政治避难者申请者
 - 美国自由联系 (FAS) 临时保护状态 (国家)： _____
 - 其它 (指明)： _____
- 外侨号码 #/USCIS # (对于所有非公民)： _____ 入籍号码 (如果无外侨号码)： _____

第3节：受害人的原籍和其它个人信息

受害人的出生国？ _____

受害人的原籍 (祖先)？ _____

受害人的出生日期？ (日) _____ (月) _____ (年) _____

第4节：指称的歧视类型

指称的是什么类型的歧视？选择所有适用的：

- 国籍歧视** (涉及受害人的雇用、解雇或招聘或职业介绍收费因为受害人来自一个特殊国家或世界的一部分，因为受害人的种族或口音，或者因为有限的英语能力。)
- 公民状态歧视** (涉及受害人的雇用、解雇或招聘或职业介绍收费因为受害人是，或不是，一个美国公民，或根据受害人的移民状态。)
- 因维护美国法典第8章第1324b节的权利保护而遭遇的报复** (受害人提起歧视投诉，抱怨歧视，参与调查或其他个人的歧视要求的情况下，或以其他方式主张的反歧视条款项下的权利，因此，受害人被打击报复、恐吓、威胁或胁迫。)
- 文件滥用** (由于受害人的公民身份状态或原国籍，个人、工商企业或者组织拒绝接受一个合法的文件，指定受害人能提供的文件或要求比需要更多或不同的文件完成就业合格证 (I-9表格或电子验证)。)

第7节：递交给其他联邦或州政府机构的基于同一事实的投诉

基于这些事实投诉递交给任何联邦、州或当地政府机构了吗？ 否 是

如果是：完整的机构名称： _____

机构街道或邮寄地址： _____

房间： _____ 城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

电话： _____

递交日期： (日) _____ (月) _____ (年) _____

文件号（如果知道）： _____ 调查员姓名（如果知道）： _____

第8节： 投诉人联系方式（受害方或代表受害方的人递交投诉）

投诉人就是受害人吗？ 是的，就是。如果是，跳到#9。 否

如果否，您是（选择一个）： 男 女

全名： _____

称谓： _____

实体名： _____

街道或邮寄地址： _____

房间： _____ 城市： _____

州： _____ 邮政编码： _____

电话： _____

传真： _____ 电子邮箱： _____

电话联系投诉人的最佳时间是什么时候？ _____

第9节： 与OSC交流

提出这个投诉之前您有没有与OSC说过或交流过？ 是 否

如果是，什么时候？ (日) _____ (月) _____ (年) _____

如果是，怎么样？ 电话热线 电子邮件 外展活动

如果您知道，与您说话或交流的OSC代表的名字是什么？ _____

第10节：投诉人声明并签名

如果由受害人提交投诉：

如果由受害人提交投诉：

本人声明我是同移民有关的不公正雇用做法的受害人。我明白，在调查我的投诉过程中，在听取申诉或其它受理我的投诉过程中，或在有限情况下，根据档案资料公开化法案而回答问题的时候，特别法律顾问办公室可能有必要公开我的姓名和其它资料。我对此表示同意。我亦在此声明，据我所知，本表格上提供的资料属实。

_____ 日期： _____
(受害人签字)

如果由受害人委托的代表投诉：

我声明，据我所知，本表格上提供的资料属实。同时，受害人已经委托我代表受害人投诉。我明白，在调查投诉过程中，在在听取申诉或其它受理此投诉过程中，或在有限情况下，根据档案资料公开化法案而回答问题的时候，特别法律顾问办公室可能有必要公开我的姓名和其它资料。我对此表示同意。

用印刷体写代表名字： _____

_____ 日期： _____
(受托人签字)

第11节：可选信息

您是怎么听到OSC的？（选择所有适用的）

- 互联网 OSC宣传 电子验证 SSA 不匹配 I-9 表格或雇主手册 海报/小册子 电视 收音机 劳工部 (DOL)
- 平等就业机会委员会 (EEOC) 国家或地方机构
- 美国公民及移民服务局 (USCIS)
- 联盟/社区宣传组 朋友/亲戚 其他（请注明）： _____

受害人是：（选择所有适用的）

- 西班牙裔或拉丁裔 亚裔 黑人或非裔美国人 白人
- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 夏威夷原住民或其他太平洋岛民

隐私法声明

向受害人或投诉人要求该信息的机构包含在美国法典第8章第1324b节。受害人或投诉人提供的信息将主要用于调查和处理禁止歧视的投诉，然而，信息也可能被用于其他合法用途，详见刊登在联邦注册68 Fed. Reg. 47611（2003年8月11日）上的司法部联邦注册公告，该公告描述日常使用由民权司获得的信息。受害人或投诉人为按本表格要求提供信息，将导致投诉被解除或不被接受。明知而在本表格上作出虚假陈述，可依照美国法典第18章第1001节处罚。

文书削减法通知

这一要求是根据1995年的文书削减法案。信息采集是必要的，以启用部门处理和调查违反了美国法典第8章第1324b节所规定的法定任务的歧视之个别投诉。这个收集工具的使用将通过协助投诉人识别并提供必要的信息以立案调查来促进这一进程。

与此收集有关的估计的平均负担为每个投诉人或诉状保管人30分钟，视个别情况而定。有关该负担估计的准确性和减少这种负担的建设的意见，应直接联系**Jennifer Sultan, Special Policy Counsel, USDOJ-CRT-OSC, 950 Pennsylvania Avenue, NW-NYA, Washington, DC 20530**。

一个机构不能开展或赞助信息的收集，并且个人不需要回应除非显示当前有效的OMB控制编号。