



投诉表

联邦和州法律法规要求，伊利诺伊州须遵守所有不歧视法律，包括但不限于1964年联邦《民权法案》（Civil Rights Act of 1964）、《美国残疾人法案》（Americans with Disabilities Act）和《伊利诺伊州人权法案》（Illinois Human Rights Act）。这包括确保所有人士均能切实地使用伊利诺伊州的服务、福利和项目。如果您觉得因为您的年龄、种族、性别、残疾、国籍、性取向或任何其他受保护的原因而被拒绝和/或限制使用州政府的服务、福利或项目，请填写此表并提交给，DoIT.LanguageAccess@illinois.gov.

您的相关信息

您的姓名和地址：

姓名

地址

城市

州

邮政编码 _

您的电话号码和电子邮件：

家庭电话

备用号码

什么时候方便与您联系？

上午

下午

投诉依据：

电子邮件 _

请勾选所有适用项

种族

性别

性别认同

残疾

肤色

年龄

怀孕

报复

宗教

国籍

公民身份

性骚扰

性取向

语言使用

逮捕记录

其他

与您的投诉有关的信息

请说明您所投诉的事件发生在伊利诺伊州的哪个办事处（或其他地点）：

请尽可能确定涉及该事件的伊利诺伊州雇员和/或其他人员：

请确定事件发生的大致时间和日期：

请描述您的问题或关切事项。请务必提供以下信息：涉及的人员，他们做了什么和/或说了什么，包括所使用的任何攻击性或贬损性语言；您是否觉得您或其他人士受到了不平等的差别对待；您是否尝试过但却无法获得州政府信息或服务；以及您认为重要的任何其他信息。如果您需要额外的填写空间或有一些与投诉有关的额外书面材料，请附在本表格之后。

关于投诉内容，您是否有知情证人？如果有，请提供他们的姓名、地址和电话号码。

姓名	地址	电话号码

语言使用：

如果您的投诉所涉及的事宜是关于使用您会说的或会写的语言来获得政府服务，请填写此部分。

1. 您用什么语言交谈？
2. 您是用您的语言进行读写吗？
3. 是否有人帮助您填写本表格？ _

如果您对第3项的回答为“是”，则请列出帮助您填表的人的姓名和联系信息。

兹证明，我已阅读了本投诉书，且据我所知，我所提供的信息真实且准确。

签名

日期