



如何填写加州民权局受理表

以下指南为认为其雇主因其受保护的特征或身份（例如种族、原国籍、社会性别、残疾、性别等）而对其实施歧视、骚扰和/或报复的劳动者，提供填写加州民权局（“CRD”）投诉受理表（Intake Form）的逐步说明。如果您认为自己在工作中因歧视、骚扰或报复而受到不公平对待，**您必须在最后一次发生此类行为之日起3年内向CRD提出投诉**。如果您想在法院起诉您的雇主，必须先完成CRD的投诉程序。

本指南是一份参考资料，旨在帮助您了解并完成CRD的雇佣关系投诉程序。以下说明按照您在表格中需填写相关信息的位置依次编排。本指南不构成法律意见，也不应被视为替代合格律师或其他专业人士提供的意见。本指南与任何政府机构均无隶属、认可或赞助关系，使用者应直接向相关机构核实当前要求。

准备工作

在填写受理表之前，请准备以下信息：

- 您的个人基本信息（姓名、地址、出生日期、电话号码等）
- 您雇主的信息（名称、地址、电话号码、工作日期等）
- 对相关事件事实的叙述，包括您认为对您造成伤害的个人或实体的姓名和联系信息（如已知）
- 任何证人的姓名和联系信息（如已知）

如果您无法收集齐所有要求的信息，您仍然可以提交受理表，并在获得其他信息后予以补充。

如果您无法收集齐所有要求的信息，您仍然可以提交受理表，并在获得其他信息后予以补充。

如果您手头没有自己的人事档案和/或工资记录，请以书面形式向您的雇主索取您的这些就业记录。您可以在 Legal Aid at Work (LAAW) 的网站上找到相关申请模板：

<https://legalaidatwork.org/sample-letters/requesting-employment-records-from-your-employer/>.

■ 投訴人 (您的資料)

姓名:
電話:
地址:
城市:
州名:
郵遞編號:

在投訴過程中, 您是否需要口譯員陪同?
如果需要, 請註明語言:
您與 CRD 互動時是否需要與殘疾有關的調節措施?

選取所有適用項:
☐ ASL/視訊遠程口譯
☐ 視訊採訪
☐ CART 服務
☐ 預先提出問題
☐ 其他 (請註明):

☐ 是
☐ 否
☐ 是
☐ 否

投訴人 (您的信息)

姓名。 填写您的全名。

电话。 填写CRD可以联系到您的电话号码，包括区号（例如您使用的手机号码）。

电子邮件。 填写CRD可以联系到您的电子邮件地址。

地址。 填写您的邮寄地址。包括街道名称和门牌号，楼层或公寓号码，以及城市、州和邮政编码。CRD会将与您的申诉有关的信息副本邮寄至您在此处填写的地址。如果您的邮寄地址发生任何变化，必须立即通知CRD。

在投诉过程中，您是否需要口译员？ 如果您的主要语言不是英语，并且希望由口译员为您提供协助，请勾选“是（YES）”。

如果是，请注明语言： 如果您勾选了“是（YES）”，请填写所需的口译语言。

在与CRD沟通时，您是否需要与残疾相关的便利措施？ 如果您因精神和/或身体残疾而需要任何便利措施，请勾选“是（YES）”

请选择所有适用项： 如果您勾选了“是（YES）”，请选择您需要的所有便利措施。

- 美国手语（ASL）/视讯远程口译
- 视频探访
- CART服务
- 预先提供问题
- 其他（请注明）。如果您需要未列出的与残疾相关的便利措施，请填写所需的便利措施。

■ 被投訴方(您要起訴的人士/企業)

姓名：_____ 電話：_____

職稱：_____ 電子郵件：_____

地址：_____

城市：_____ 州名：_____ 郵遞編號：_____

員工人數：_____ 雇主的類型：_____

被投诉方 (您要投诉的个人/企业)

姓名/名称。 据您所知，填写您要提出申诉的雇主的完整名称。如果您的雇主使用一个以上的企业名称，请列出您知道的所有名称。

电话。 如您知道，请填写雇主的电话号码。

职称。 如已知，请填写负责人（列在“姓名/名称”项下）的职务（例如：“楼层经理”）。

电子邮件。 如您知道，请填写雇主的电子邮箱地址。

地址。 填写您实际工作的地址。

员工人数。 据您所知，填写您雇主所雇用的劳动者总人数。可以填写估计人数。

在某些情况下，如果雇主有多个工作地点，各工作地点的员工人数可以合并计算。例如，如果某雇主经营四家不同的餐厅，每家餐厅有20名员工，则可能可以将所有餐厅的员工合并计算。在这种情况下，该雇主总共雇用了80人（ 4×20 ）。

雇主的类型： 填写您雇主所属的业务或行业类型（例如：上下水、零售、园林绿化、烘焙）。

■ 聯合被投訴人(非必填)

姓名：		電話：	
職稱：		電子郵件：	
地址：			
城市：		州名：	
		郵遞編號：	
員工人數：		雇主的類型：	

共同被投诉方 (可选)

姓名/名称。 如果您认为应当针对一个以上的雇主或个人提出申诉，请填写该雇主或个人的姓名/名称。（例如，如果您受雇于一个以上的实体。）

电话。 如您知道，请填写共同被投诉方的电话号码。

职称。 如已知，请填写负责人（列在“姓名/名称”项下）的职务（例如：“楼层经理”）。

电子邮件。 如您知道，请填写共同被投诉方的电子邮箱地址。

地址。 如您知道，请填写共同被投诉方的邮寄地址。

员工人数。 据您所知，填写共同被投诉方所雇用的劳动者总人数。可以填写估计人数。

雇主的类型。 填写共同被投诉方所属的业务或行业类型（例如：上下水、零售、园林绿化、烘焙）。

■ 指控

遭受傷害的首次日期：_____ 遭受傷害的最後日期：_____

本人聲稱經歷了： ☐ 歧視 ☐ 騷擾

因為我的實際情況或感知：

- ☐ 年齡(40歲及以上)
- ☐ 血統
- ☐ 與受保護階層成員的關係
- ☐ 喪假
- ☐ 大麻的使用
- ☐ 膚色
- ☐ 殘疾(身體、智力/發育、精神健康/精神病)
- ☐ 與員工或家庭成員的嚴重健康狀況、兒童親情或軍事緊急情況有關的家庭護理和醫療假(CFRA)
- ☐ 性別認同或表達
- ☐ 遺傳資料或特徵
- ☐ 婚姻狀況
- ☐ 醫療狀況(癌症或遺傳特徵)
- ☐ 軍人和退伍軍人身份
- ☐ 國籍(包括語言限制)
- ☐ 懷孕、分娩、哺乳或相關醫療狀況
- ☐ 懷孕殘障假(PDL)
- ☐ 種族(包括髮型和髮質)
- ☐ 宗教信仰(包括著裝和儀容習慣)
- ☐ 生殖健康決策
- ☐ 生育損失假
- ☐ 性/性別
- ☐ 性騷擾—不友善環境
- ☐ 性騷擾—對價關係
- ☐ 性取向
- ☐ 其他(請註明)：_____

指控事項

首次受侵害日期。填写您认为雇主第一次对您造成侵害的日期(例如：威胁解雇、降职、停职、减少工时、解雇或处分您)。如果您不知道确切日期，可以填写估计日期。

最后一次受侵害日期。填写您认为雇主最后一次对您造成侵害的日期(例如：威胁解雇、降职、停职、减少工时、解雇或处分您)。如果您不知道确切日期，可以填写估计日期。

我声称我遭受了：请选择您遭受的侵害。

- **歧视。**雇主因您的受保护特征或身份（例如您的种族或性别）而对您作出不利、不同或不公平的对待，属于违法行为。

加州法律保护劳动者免受基于以下因素的歧视：种族、肤色、血统、原国籍（包括语言）、宗教、年龄（40岁及以上）、残疾、性别、社会性别（包括怀孕或相关医疗状况）、性取向、性别认同、性别表达、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、军人或退伍军人身份，以及生殖健康决策。

如果您认为雇主歧视了您，请勾选“是（YES）”。

- **骚扰。**基于反歧视法律所保护的 personal 特征或身份而实施的不受欢迎、敌意、冒犯、羞辱或恐吓行为，被视为骚扰。骚扰可能发生于以下情况：(a) 忍受冒犯性行为成为继续受雇的条件（“条件交换”）；或 (b) 该行为严重或普遍到足以形成一个合理的人会认为具有恐吓性、敌意或虐待性的工作环境（“敌意工作环境”）。

如果您认为雇主骚扰了您，请勾选“是（YES）”。

因为我实际具有或被认为具有以下特征：请选择您认为雇主对您实施歧视或骚扰的所有原因。（例如：年龄、性别、残疾、口音、种族、怀孕。）

因此,我:

- ☐ 被問到與工作無關的禁忌問題
- ☐ 被降職
- ☐ 拒絕為殘疾人士提供調節措施
- ☐ 因懷孕而被拒絕提供調節措施
- ☐ 因宗教信仰被拒絕提供調節措施
- ☐ 被拒絕提供任何就業福利或特權
- ☐ 被拒絕給予喪假
- ☐ 在家庭護理和醫療假 (CFRA) 期間,被拒絕提供雇主支付的保健服務
- ☐ 懷孕殘障假 (PDL) 期間被拒絕提供雇主支付的保健服務
- ☐ 被拒絕同工同酬 (包括違反《同工同酬法》(the Equal Pay Act))
- ☐ 被拒絕與員工或家庭成員的嚴重健康狀況、兒童親情或軍事緊急情況有關的家庭護理和醫療假 (CFRA)
- ☐ 被拒絕僱用或晉升
- ☐ 被拒絕或被迫調職
- ☐ 被拒絕懷孕殘障假 (PDL)
- ☐ 被剝奪穿著褲子的權利
- ☐ 拒絕生育損失假
- ☐ 被拒絕工作機會或任務
- ☐ 被迫辭職
- ☐ 被解僱
- ☐ 遭到斥責
- ☐ 被停職
- ☐ 被終止僱傭
- ☐ 其他 (請註明): _____

因此,我遭受了: 请选择因雇主的行为而使您遭受的所有与工作有关的不利后果。(例如: 您被降职或被解雇。)

本人聲稱經歷了： ☐ 報復

因為我：

- ☐ 作為證人參與了歧視或騷擾的投訴
- ☐ 舉報或抵制任何形式的歧視或騷擾行為
- ☐ 舉報虐待病人的行為 (僅限醫院員工)
- ☐ 申請或使用喪假
- ☐ 申請或使用與殘疾有關的調節措施
- ☐ 申請或使用與懷孕有關的調節措施
- ☐ 申請或使用了懷孕殘障假 (PDL)
- ☐ 請求或使用生育損失假
- ☐ 申請或使用宗教調節措施
- ☐ 申請或使用了與員工或家庭成員的嚴重健康狀況、兒童親情或軍事緊急情況有關的家庭護理和醫療假 (CFRA)

我声称我遭受了：

- **报复。** 雇主因您对工作条件提出投诉、提出申诉，或向政府执法机构提供有关您工作条件的信息，而对您进行报复或歧视（例如：解雇、威胁解雇、降职、停职或处分您），属于违法行为。

如果您认为雇主对您实施了报复，请勾选“是 (YES) ”。

因为我： 请选择您认为雇主对您实施报复的所有原因。（例如：申请或使用与残疾相关的便利措施。）

因此, 我:

- ☐ 被問到與工作無關的禁忌問題
- ☐ 被降職
- ☐ 拒絕為殘疾人士提供調節措施
- ☐ 因懷孕而被拒絕提供調節措施
- ☐ 因宗教信仰被拒絕提供調節措施
- ☐ 被拒絕提供任何就業福利或特權
- ☐ 被拒絕給予喪假
- ☐ 在家庭護理和醫療假 (CFRA) 期間, 被拒絕提供雇主支付的保健服務
- ☐ 懷孕殘障假 (PDL) 期間被拒絕提供雇主支付的保健服務
- ☐ 被拒絕同工同酬 (包括違反《同工同酬法》(the Equal Pay Act))
- ☐ 被拒絕與員工或家庭成員的嚴重健康狀況、兒童親情或軍事緊急情況有關的家庭護理和醫療假 (CFRA)
- ☐ 被拒絕僱用或晉升
- ☐ 被拒絕或被迫調職
- ☐ 被拒絕懷孕殘障假 (PDL)
- ☐ 拒絕生育損失假
- ☐ 被剝奪穿著褲子的權利
- ☐ 被拒絕工作機會或任務
- ☐ 被迫辭職
- ☐ 被解僱
- ☐ 遭到斥責
- ☐ 被停職
- ☐ 被終止僱傭
- ☐ 其他 (請註明): _____

因此, 我遭受了: 请选择因雇主的行为而使您遭受的所有与工作有关的不利后果。(例如: 您被降职或被解雇。)

■ 投訴人的代表

您是否由律師同意代表您處理此事件？ ☐ 是 ☐ 否

如是，請提供律師聯絡資訊：

姓名：_____

律師行名稱：_____

電話：_____ 電子郵件：_____

地址：_____

城市：_____ 州名：_____ 郵遞編號：_____

投诉人代理

您是否有已经同意在本案中代理您的律师？如果有律师代理您的申诉，请勾选“是（YES）”。

如果是，请提供律师的联系信息。如果您勾选了“是（YES）”，请填写您的律师信息。

姓名。如果有律师协助您处理申诉，请填写协助您的人员姓名。

未经我们许可并签署代理协议，请勿将 *Legal Aid at Work* 填写为您的“律师（Attorney）”。

律师事务所名称。填写协助您的人员所在律师事务所或机构的名称。

电话。填写您律师的电话号码。

电子邮箱。填写您律师的电子邮箱地址。

地址。填写您律师的邮寄地址。包括街道名称和门牌号，楼层或房间号码，以及城市、州和邮政编码。**CRD**会将与您的申诉有关的信息副本邮寄至您在此处填写的地址。

■ 其他資料(可選)

簡要描述事件經過：

其他信息

简要说明发生了什么。概述导致您遭受侵害的相关事件。首先说明您的职务、雇主以及工作条件。按照时间顺序说明事件，包括雇主对您采取不利行动之前发生的任何相关事件。此外，请说明您如何回应雇主的行为，以及这些雇主行为给您造成的损害，例如任何经济和/或健康问题。

例如：

我曾在[雇主名称]担任[职位名称]。

我的工作职责包括[说明工作职责]。

该雇主专门从事[说明雇主的业务/行业]，约雇用[估计劳动者人数]名劳动者。

该雇主位于[城市和县]。

我已为该雇主工作[受雇的年数和月数]。

在[日期]，我[说明导致不利行动的相关事件。例如，提出残疾便利申请、投诉歧视，或者采取某项后来受到不公平处分的行动]。

在[日期]，我的雇主[说明雇主对您采取的不利行动。例如，在没有寻求替代便利措施的情况下拒绝便利申请、对您说出歧视性言论，或者因为某件其他人不会因此受到处分的事情而处分您]。这些行为发生于[说明不利行动发生的地点和方式]。当时有[证人人数]人在场并目睹了此事。[请勿在此处填写证人姓名]

在[日期]，我[说明您如何回应雇主的行为。例如，询问雇主为什么减少您的工时，或要求与人力资源部门沟通]。

在[日期]，我的雇主[说明在您作出回应之后，雇主采取的任何其他不利行动]。

由于雇主的行为，我发生了以下经济问题：[说明经济问题。例如，无力支付房租/水电费、信用卡债务、托儿费用增加、收入减少或交通费用增加]。

由于雇主的行为，我发生了以下健康问题：[说明健康问题。例如，创伤后应激障碍（PTSD）、增加心理治疗次数或到医院就诊]。

下一步

填写完受理表并检查其准确性和完整性后，您可以通过电子邮件或邮寄方式提交表格。

如通过电子邮件提交，请使用以下电子邮箱地址：

contact.center@calcivilrights.ca.gov

如通过邮寄方式提交，请将填写完成的表格寄至以下CRD总部地址。（请注意，通过邮寄方式提交可能会延长处理时间。）

651 Bannon Street, Suite 200
Sacramento, CA 95811

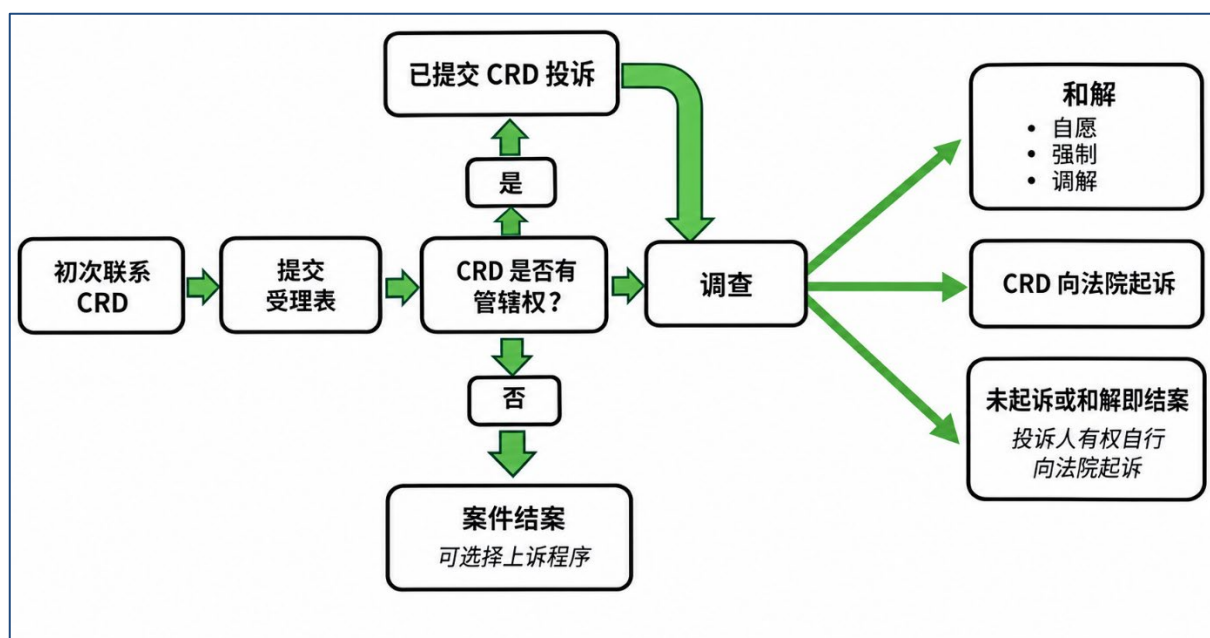
CRD收到您的受理表后，将确定其是否具有管辖权，可以对该投诉进行执法。提出投诉并不意味着CRD已经认定有合理理由相信任何法律遭到违反。如果CRD确定其具有管辖权，则意味着CRD已初

步认定，相关指控属于该部门负责执行的某项法律所涵盖的范围。

如果您的投诉被受理进行调查，CRD将准备一份正式投诉表供您签署。**在签署之前，请务必仔细审阅该投诉表，以确保其准确反映发生在您身上的事情以及您所提出的全部主张。如果遗漏某项主张，这可能会导致您日后无法在法院提出该项主张。**您交回签署后的投诉后，该投诉将被发送给您认为对您实施歧视的个人或实体。

CRD不会分享正在调查中的案件档案记录。但是，案件结案后，当事人可以申请获得档案副本。CRD公开的信息受《公共记录法》（Public Records Act）及相关特权规则约束。您可以在此处查看CRD的隐私政策：<https://calcivilrights.ca.gov/privacy/>。

以下是CRD投诉程序的流程图：



如果您有任何一般性问题，可以致电CRD联络中心：(800) 884-1684（语音），或发送电子邮件至 contact.center@calcivilrights.ca.gov。

加州劳工法律中心（Legal Aid at Work）还在网上提供其他免费信息，包括100多份关于特定法律领域的情况说明和指南，其中大多数与就业有关。您可以在其网上自助资料库（Self-Help Library）中找到这些资料：<https://legalaidatwork.org/self-help-library/>。

免责声明：本指南是一份独立的信息性资料，旨在帮助读者了解并完成加州民权局的就业投诉程序。本指南不构成法律意见，也不应被视为合格律师或其他专业人士提供的意见之替代。

本指南与任何政府机构均无隶属、认可或赞助关系。使用者应直接向相关机构核实当前要求。