

Anti-Discrimination NSW**（新州反歧视委员会）投诉表**

目录

[A部分 – 关于你本人，投诉人 2](#_Toc37065893)

[B部分：你在投诉谁？ 4](#_Toc37065894)

[C部分：你的投诉是关于什么？ 5](#_Toc37065895)

[D部分：代理授权 6](#_Toc37065896)

**我们是做什么的？**

Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）处理歧视、性骚扰、诋毁和迫害投诉。如果我们需要有关你的投诉的更多信息，我们将与你联系。

填写此表并发送给我们，即表明你同意我们使用你的信息进行评估、调查和调解等投诉程序。如果我们受理了你的投诉展开调查，你的投诉将提供给你投诉的人或机构（称为被投诉人），而且如有必要，还将提供给可能与调查有关的其他人。通过提交本表，你即同意我们向被投诉人和其他人发送此表和你提供的其他材料。

**关于其他人的信息**

除非其他人同意，否则请不要包括其他人的个人信息，但你不需要你投诉的人（被投诉人）的同意。

**问题**

如果你对投诉程序或填写此表有疑问，请发电邮至[complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) 或拨打02 9268 5544 或1800 670 812联系我们的咨询服务。

**如何投诉**

将此投诉表发电邮至[complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

或将此投诉表寄至：Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124

**请注意，如果通过邮寄发送投诉，会有一些延迟。**

# A部分 – 关于你本人，投诉人

**如果你不希望将你的联系方式发给被投诉人，请在另一份文件中提供。**

|  |  |
| --- | --- |
| 称谓： |  |
| 名： |  |
| 姓： |  |
| 地址： |  |
| 城区： |  |
| 邮政编码： |  |
| 电子邮件： |  |
| 电话： |  |
| 手机： |  |
| 你希望我们如何联系你？  电子邮件  电话  （可选）你用什么代词（例如他/他，她/她，他们/他们）？  （可选）你希望我们用什么名字来称呼你？  你必须向我们提供你的姓名和地址，以便我们能处理你的投诉。 | |
| 如果你需要帮助参与投诉程序，例如，因为你有残疾，或者英语不是你的第一语言，请告诉我们。如果你需要，ADNSW（新州反歧视委员会）可以安排翻译此表格。 | |

请提供任何帮助你投诉的人的详细信息，例如代言人、工会代表或法定代表人。

我们会将所有信件发送给你（投诉人）， 除非你要求我们不要发送给你。

|  |  |
| --- | --- |
| 称谓： |  |
| 名： |  |
| 姓： |  |
| 职位： |  |
| 机构： |  |
| 地址： |  |
| 城区： |  |
| 邮政编码： |  |
| 电子邮件： |  |
| 电话： |  |
| 手机： |  |

**代表他人投诉（如果你在为投诉人提出投诉）**

只有当你在为投诉人提出投诉时，才填写本部分。请在此处提供你的详细信息。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 称谓： |  | |
| 名： |  | |
| 姓： |  | |
| 地址： |  | |
| 城区： |  | |
| 邮政编码： |  | |
| 电子邮件： |  | |
| 电话： |  | |
| 手机： |  | |
| 你与投诉人的关系？ | |  |
| 你希望我们如何联系你？  电子邮件  电话 | | |
| 如果你在为投诉人提出投诉，请让他们填写[D部分：代理授权](#_Part_D:_Authority)。 | | |

# B部分：你在投诉谁？

**被投诉人1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名或机构名称： | |  | |
| ABN（如相关）： | |  | |
| 地址： |  | | |
| 城区： |  | | |
| 邮政编码： |  | | |
| 电子邮件： |  | | |
| 电话： |  | | |
| 手机： |  | | |
| 你和该被投诉人是什么关系？ | | |  |

**被投诉人2 （可选）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名或机构名称： | |  | |
| ABN（澳大利亚商业号码）（如相关）： | |  | |
| 地址： |  | | |
| 城区： |  | | |
| 邮政编码： |  | | |
| 电子邮件： |  | | |
| 电话： |  | | |
| 手机： |  | | |
| 你和该被投诉人是什么关系？ | | |  |

|  |
| --- |
| 如果有两个以上的被投诉人，请提供他们的详细信息。  你是否就此向其他机构提出过投诉？如果是，是哪一个机构？什么时候？ |

# C部分：你的投诉是关于什么？

请访问我们的网站：[antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/)，了解在新南威尔士州属于违法的歧视类型[，或拨打](http://www.antidiscrimination.justice.nsw.gov.au/) 02 9268 5544或1800 670 812与我们联系。

|  |
| --- |
| 我投诉是因为我认为我经历了：  歧视，因为我的  年龄，你的年龄是多大？  残疾（包括疾病和假定的残疾），你的残疾是什么？  同性恋（包括假定的同性恋）  婚姻或家庭状况，你的婚姻或家庭状况是什么？  种族（包括肤色、国籍、血统、民族、民族宗教、国家原籍），你的种族是什么？  性别（包括怀孕和哺乳），你的性别是什么？  照顾者责任（仅限工作），你的照顾责任是什么？  变性身份（包括假定的变性身份）  性骚扰  中伤（煽动对个人或群体的严重仇恨、蔑视或嘲笑的公开行为）  种族  宗教（包括宗教信仰、隶属关系或活动，以及没有宗教信仰、隶属关系或活动），您的宗教信仰是什么？  艾滋病毒感染状况  跨性别身份  同性恋  迫害，因为我因上述理由之一提出了投诉，或帮助某人提出了投诉  歧视是在哪里发生的？  工作  商品和服务  教育  住宿  注册俱乐部  其他（请说明）： |
| 发生了什么事？描述你投诉的事件，包括任何日期、地点和任何相关人员。  如果事件发生在12个月以前，委员会主席可能会拒绝受理投诉。  如果事件发生在12个月以前，是什么阻止了你在当时提出投诉？ |
| 你受到了怎样的影响？ |
| 你想要向被投诉人寻求什么结果？（可选） |

**请不要发送任何其他信息。如果你需要提供更多信息，我们会通知你。**

将此投诉表发电邮至[complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

# D 部分：代理授权

# **投诉人必须同意你代表他们投诉**

|  |  |
| --- | --- |
| 投诉人姓名： |  |
| 本人 （投诉人）  同意 （获授权代表投诉人行事的人的姓名）  在投诉过程中的任何时候代表我行事，直到投诉在Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）结案为止。  我可以随时以书面形式告知Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）撤回该同意，不再希望上述人员代表我行事。 | |
| 日期： |  |

# 隐私声明

你提供的个人信息受隐私法的保护，包括*Privacy and Personal Information Protection Act 1998（《1998 年隐私和个人信息保护法》）*和*Health Records and Information Privacy Act 2002（《2002 年健康记录和信息隐私法》）。*

Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）使用你在本表和其他通信中提供的个人信息，来履行*Anti-Discrimination Act 1977（《1977年反歧视法》）*规定的法定职能。这些职能包括调查和调解有关非法歧视的投诉，以及研究和调查歧视问题。这意味着，投诉表和其他相关信息将提供给被投诉人（被投诉的人、公司或机构）。如果我们将你的信息用于研究目的，我们将不允许公开任何个人识别信息。通过向Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）提交投诉，你即同意我们使用你提供的这些信息来履行这些法定职能。

有关收集和使用你的个人信息的详情，以及你对Anti-Discrimination NSW（新州反歧视委员会）持有的有关你的信息的权利，请与我们联系。