

Anti-Discrimination NSW**（新州反歧視委員會）投訴表**

目錄

[A部分 – 關於你本人，投訴人 2](#_Toc37065893)

[B部分：你在投訴誰？ 4](#_Toc37065894)

[C部分：你的投訴是什麼？ 5](#_Toc37065895)

[D部分：代理授權 6](#_Toc37065896)

**我們是做什麼的？**

Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）處理歧視、性騷擾、詆毀和迫害投訴。如果我們需要有關你的投訴的更多資訊，我們將與你聯繫。

填寫此表並發送給我們，即表示你同意我們使用你的資料進行評估、調查和調解等投訴程序。如果我們受理了你的投訴展開調查，你的投訴將提供給你投訴的人或機構（稱為被投訴人），且如有必要，還將提供給可能與調查有關的其他人。通過提交本表，你即同意我們向被投訴人和其他人發送此表和你提供的其他材料。

**關於其他人的資料**

除非其他人同意，否則請不要包括其他人的個人資料，但你不需要你投訴的人（被投訴人）的同意。

**問題**

如果你對投訴程序或填寫此表有疑問，請發電郵至[complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au) 或撥打02 9268 5544 或1800 670 812聯絡我們的諮詢服務。

**如何投訴**

將此投訴表發電郵至[complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)

或將此投訴表寄至：Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124

**請注意，如果通過郵寄發送投訴，會有一些延遲。**

# A部分 – 關於你本人，投訴人

**如果你不希望將你的聯絡方式發給被投訴人，請在另一份文件中提供。**

|  |  |
| --- | --- |
| 稱謂： |  |
| 名： |  |
| 姓： |  |
| 地址： |  |
| 城區： |  |
| 郵遞區號： |  |
| 電子郵件： |  |
| 電話： |  |
| 手機： |  |
| 你希望我們如何聯絡你？  電子郵件  電話  （可選）你用什麼代詞（例如他/他，她/她，他們/他們）？  （可選）你希望我們用什麼名字來稱呼你？  你必須向我們提供你的姓名和地址，以便我們能處理你的投訴。 | |
| 如果你需要幫助來參與投訴程序，例如，因為你有殘疾，或英語為另一門語言，請告訴我們。如果你需要，ADNSW（新州反歧視委員會）可以安排翻譯此表格。 | |

請提供任何幫助你投訴的人的詳細資料，例如代言人、工會代表或法定代表人。

我們會將所有信件發送給你（投訴人）， 除非你要求我們不要發送給你。

|  |  |
| --- | --- |
| 稱謂： |  |
| 名： |  |
| 姓： |  |
| 職位： |  |
| 機構： |  |
| 地址： |  |
| 城區： |  |
| 郵遞區號： |  |
| 電子郵件： |  |
| 電話： |  |
| 手機： |  |

**代表他人投訴（如果你在為投訴人提出投訴）**

只有當你在為投訴人提出投訴時，才填寫本部分。請在此處提供你的詳細資料。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 稱謂： |  | |
| 名： |  | |
| 姓： |  | |
| 地址： |  | |
| 城區： |  | |
| 郵遞區號： |  | |
| 電子郵件： |  | |
| 電話： |  | |
| 手機： |  | |
| 你與投訴人的關係？ | |  |
| 你希望我們如何聯絡你？  電子郵件  電話 | | |
| 如果你在為投訴人提出投訴，請讓他們填寫[D部分：代理授權](#_Part_D:_Authority)。 | | |

# B部分：你在投訴誰？

**被投訴人1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名或機構名稱： | |  | |
| ABN（如相關）： | |  | |
| 地址： |  | | |
| 城區： |  | | |
| 郵遞區號： |  | | |
| 電子郵件： |  | | |
| 電話： |  | | |
| 手機： |  | | |
| 你和該被投訴人是什麼關係？ | | |  |

**被投訴人2 （可選）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名或機構名稱： | |  | |
| ABN（如相關）： | |  | |
| 地址： |  | | |
| 城區： |  | | |
| 郵遞區號： |  | | |
| 電子郵件： |  | | |
| 電話： |  | | |
| 手機： |  | | |
| 你和該被投訴人是什麼關係？ | | |  |

|  |
| --- |
| 如果有兩個以上的被投訴人，請提供他們的詳細資料。  你是否就此向其他機構提出過投訴？如果是，是哪一個機構？什麼時候？ |

# C部分：你的投訴是關於什麼？

請登入我們的網站[antidiscrimination.nsw.gov.au，](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/)瞭解在新南威爾士州屬於違法的歧視類型，[或撥打](http://www.antidiscrimination.justice.nsw.gov.au/) 02 9268 5544或1800 670 812與我們聯繫。

|  |
| --- |
| 我投訴是因為我認為我經歷了：  歧視，因為我的  年齡，你的年齡是多大？  殘疾（包括疾病和假定的殘疾），你的殘疾是什麼？  同性戀（包括假定的同性戀）  婚姻或家庭狀況，你的婚姻或家庭狀況是什麼？  種族（包括膚色、國籍、血統、民族、民族宗教、國家原籍），你的種族是什麼？  性別（包括懷孕和哺乳），你的性別是什麼？  照顧者責任（僅限工作），你的照顧責任是什麼？  變性身份（包括假定的變性身份）  性騷擾  中傷（公開煽動對個人或群體的嚴重仇恨、蔑視或嘲笑的行為）  種族  宗教（包括宗教信仰、隸屬或活動，以及沒有宗教信仰、隸屬或活動），您的宗教信仰是什麼？  愛滋病毒感染狀況  跨性別身份  同性戀身份  迫害，因為我因上述理由之一提出了投訴，或幫助某人提出了投訴  歧視是在哪裡發生的？  工作  商品和服務  教育  住宿  註冊俱樂部  其他（請說明）： |
| 發生了什麼事？描述你投訴的事件，包括任何日期、地點和任何相關人員。  如果事件發生在12個月以前，委員會主席可能會拒絕受理投訴。  如果事件發生在12個月以前，是什麼阻止了你在當時提出投訴？ |
| 你受到了怎樣的影響？ |
| 你想要向被投訴人尋求什麼結果？（可選） |

**請不要發送任何其他資訊。如果你需要提供更多資訊，我們會通知你。**

# 將此投訴表發電郵至[complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)D 部分：代理授權

# **投訴人必須同意你代表他們投訴**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投訴人姓名： | |  | |
| 本人 （投訴人）  同意 （獲授權代表投訴人行事的人的姓名）  在投訴過程中的任何時候代表我行事，直到投訴在Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）結案為止。  我可以隨時以書面形式告知Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）撤回該同意，不再希望上述人員代表我行事。 | | | |
| 日期： |  | |

# 隱私權聲明

你提供的個人資料受隱私法的保護，包括*Privacy and Personal Information Protection Act 1998（《1998 年隱私和個人資料保護法》）*和*Health Records and Information Privacy Act 2002（《2002 年健康記錄和資料隱私法》）。*

Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）使用你在本表和其他通信中提供的個人資料，來履行*Anti-Discrimination Act 1977（《1977年反歧視法》）*規定的法定職能。這些職能包括調查和調解有關非法歧視的投訴，以及研究和調查歧視問題。這意味著，投訴表和其他相關資訊將提供給被投訴人（被投訴的人、公司或機構）。如果我們將你的資料用於研究目的，我們將不允許公開任何個人識別資料。通過向Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）提交投訴，你即同意我們使用你提供的這些資料來履行這些法定職能。

有關收集和使用你的個人資料的詳情以及你對Anti-Discrimination NSW（新州反歧視委員會）持有的有關你的資料的權利，請與我們聯絡。