



COLORADO
Department of Health Care
Policy & Financing

504/ADA 協調員
1570 Grant Street
Denver, Colorado 80203
電話: 303-866-6010
傳真: 303-866-2828
州中繼: 711
電子郵件:
hcpf504ada@state.co.us

歧視投訴表格

請以列印或打字方式完整填寫本表格。簽名後，請於事發後60天內，通過郵寄、傳真或電子郵件提交給 504/ADA 協調員。投訴將儘快處理，但可能需時長達30天。如您在填寫本表格時需要協助，請聯繫 504/ADA 協調員。

合資格個人資料

名字		姓氏	
家庭電話（請包括區號）		工作或手機電話（請包括區號）	
郵寄地址			城市
州	郵遞區號	電子郵件地址（如有）	

您希望我們如何聯繫您？

☐ 電子郵件
 ☐ 郵件
 ☐ 面談
 ☐ 電話
 ☐ 其他_____

您認為哪個機構或組織（或其他人）對您（或他人）進行了歧視？

人員/機構/組織		歧視發生日期	
機構電話（請包括區號）		其他電話（請包括區號）	
郵寄地址			城市
州	郵遞區號	電子郵件地址（如有）	

請簡要描述所發生的情況。您認為您（或他人）如何以及為何受到了歧視？請盡可能具體地描述。如有需要，可附上補充文件。

是否已嘗試透過政府機構、組織或單位的內部申訴程序解決此投訴？

☐ 是 ☐ 否

如「是」，該申訴程序目前的狀態為何？

您是否已向其他聯邦、州或地方民權機構或法院提交該投訴或打算提交？

☐ 是，已提交投訴 ☐ 是，我打算提交投訴 ☐ 否

如「是」：

機構或法院名稱

提交日期

郵寄地址、城市、州、郵遞區號

機構聯絡人

機構電話 | 其他電話

電子郵件地址

請在此請求上簽名並註明日期。如果透過電子郵件提交此表格，則無需簽名，只需輸入您的姓名即可。

簽名

日期

未成年子女可由父母或法定監護人代簽。

成人的法定監護人、授權代表或代理人代簽需提供證明文件。

僅供行政使用：

已採取的措施：

收到日期

ADA 協調員簽名

日期