

## 马萨诸塞州公用事业部 民权与反歧视申诉表

马萨诸塞州公用事业部（“DPU”）的政策是，任何人不会因其性别、种族、肤色、宗教、信仰、国籍（包括有限的英语能力）、性别认同、收入、阶级、残疾、年龄、性取向、种族、遗传信息、血统或退伍军人身份而被剥夺福利或受到歧视、恐吓或报复。同时，DPU 要求其承包商也必须遵守此政策。

DPU在其管理的计划或活动中不会因性别、种族、肤色、宗教、信仰、国籍（包括有限的英语能力）、性别认同、收入、阶级、残疾、年龄、性取向、种族、遗传信息、血统或退伍军人身份而进行歧视。DPU不会因为任何个人行使其在适用联邦和州的民权和反歧视法律法规下受到保护的参与行动的权利，或反对适用联邦和州的民权和反歧视法律法规所禁止的行动，或为了干预此类权利而对他们进行报复或恐吓。DPU负责协调遵守联邦或州法律实施的反歧视规定，以及处理相关查询。其中包括：1964 年民权法案第六章（修正案）、1973 年康复法案 504 条，以及 1975 年老年歧视法案。

如果有任何人或团体认为自己或该团体因 DPU的任何计划、服务或活动，或其员工或承包商的行为而受到了联邦或州反歧视法律禁止的歧视、恐吓或报复，请填写此申诉表格并提交至 DPU。（请参阅下文第二和第三部分了解详情。）

申诉必须在据称发生歧视行为的日期、发现日期或持续发生行为的最后一次实例之日起，申诉必须在 180 个日历日内提交。如果据称的歧视行为是基于一连串持续进行的行动，请提供详细信息，说明据称的歧视行为何时开始，以及如何持续到最近一次据称的歧视行为。DPU 的申诉程序不会阻止申诉人向其他州或联邦机构提交正式投诉，也不会阻止寻求私人律师帮助来处理据称的歧视指控。

## 第一部分：联系信息

姓名：	电话：	工作电话：
地址：	城市，州，邮政编码：	

您是否需要以可访问的格式获取与此申诉处理相关的文件？

大字印刷 \_\_\_\_\_ 录音带 \_\_\_\_\_ 文字电话 (TDD) \_\_\_\_\_ 其他 \_\_\_\_\_

如果是，请致电(857) 274-6194 或电邮 [andrea.r.casul@mass.gov](mailto:andrea.r.casul@mass.gov) 联系 DPU 的反歧视协调员 Andrea Rivera Casul。

文字电话服务号码(TTY)：马萨诸塞州继电器服务 1-800-439-2370

## 第二部分：歧视申诉

据称发生歧视行为的日期，申诉人知道据称歧视行为日期，或一系列据称的歧视行为的最后一次行为日期：

据称歧视的官员或实体的姓名/名称、地址和职务（如适用）：

如适用，DPU 事件发生地点：

您的律师或授权代表的姓名、地址和电话号码（如适用）：

被歧视对象（如果不同于申请人）的姓名、地址和电话号码，以及申请人与被歧视对象的关系说明：

**请详细说明您认为发生歧视的具体依据：**

**受联邦民权法保护的类别：**

<input type="checkbox"/> 种族	<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 国籍（包括有限英语能力）	
<input type="checkbox"/> 残疾	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 年龄	<input type="checkbox"/> 恐吓和/或报复

**受州法律/命令保护的类别：**

<input type="checkbox"/> 残疾	<input type="checkbox"/> 信仰	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 性取向	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 血统
<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 民族	<input type="checkbox"/> 年龄	<input type="checkbox"/> 性别认同	<input type="checkbox"/> 性别表达	<input type="checkbox"/> 退伍军人身份
<input type="checkbox"/> 背景	<input type="checkbox"/> 其他（请说明）				

**请尽量简洁扼要地描述发生的事情，以及您认为自己受到歧视的情况。请指出涉及的人员，并详细说明其他公众成员与您受到的待遇有何不同。请同时附上所有与您申诉相关的书面材料，包括目击证人的联系方式。如果需要更多空间填写，请使用额外的纸张。**

**第三部分：您是否曾经向其他州、地方或联邦机构或法院提出过申诉？**

是

否

如果您对以上问题的回答为「是」，请提供申诉机构/法院的名称，以及您与该机构/法院联系人的姓名和联系方式。如需更多信息，您可以附加其他表格。

机构名称：

联系人：

地址：

城市：

州：

邮编：

电话号码：

**请注意：**您可以向联邦机构或能源与环境事务行政办公室（EEA）/ DPU 环境公正办公室（或两者）提交第六条申诉。您可以将申诉表提交至此表格末页所示地址的 EEA/ DPU 环境司法办公室。

**请留意：**仅基于州法律保护的申诉只能提交给 DPU。

**第五部分：签名：**

请在下方签署。您也可以附上您认为与您的投诉相关的任何书面材料或其他信息。

本人特此声明，本人于 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日在此文件上签名，并愿意承担因伪证而产生的法律后果。

---

签名

请注意：DPU 无法受理未签署的申诉或投诉。

请通过电子邮件或邮寄您填写完整的表格至：

Department of Public Utilities  
One South Station, Third Floor,  
Boston, MA 02110

Attn: Andrea Casul, Non-Discrimination Coordinator

电子邮件：[andrea.r.casul@mass.gov](mailto:andrea.r.casul@mass.gov)