**马萨诸塞州环境保护部**

**公民权利与非歧视申诉表**

马萨诸塞州环境保护部（MassDEP）在开展各种计划、服务和活动的过程中遵守所有适用的非歧视法律。 MassDEP 遵守适用的联邦和州法律法规，不允许对任何个人或团体进行歧视、恐吓、威胁、胁迫或报复。

任何人如果认为自己或某种类型群体受到 MassDEP 的歧视、恐吓或报复，且该行为违反《民权法案》第六章或其他联邦和州的非歧视法律法规，可以向 MassDEP 提交书面申诉。 （见下文第二节和第三节）。

与第六章相关申诉提交的时间，必须是在涉嫌歧视行为发生后、或者在您获知涉嫌歧视行为日期后的 **180 个日历日**内。受州保护申诉提交的时间，必须是在涉嫌歧视行为发生后、或者在您获知涉嫌歧视行为日期后的 180 天内。 如果所申诉的歧视行为与系列的持续行动有关，请提供详细信息，指出所申述歧视何时开始，以及如何持续到最近所申述的歧视行为。 MassDEP 的申诉程序不会阻止申述者向其他州或联邦机构提出正式申诉，也不能阻止其寻找歧视指控投诉的私人律师。

|  |
| --- |
| **第一节：联系信息** |
| 姓名： | 电话： | 电话（工作）： |
| 地址： | 市，州，邮政编码： |
| 关于处理该申诉的相关文件，您是否需要适合残障人士的格式？大字体\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_音频形式\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 文本电话 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_如果是的话，请拨打 (617) 872-3270 联系能源与环境事务执行办公室 (EEA)的美国残疾人法案 (ADA)协调员Melixza Esenyie。TTY＃MassRelay 服务 1-800-439-2370 |
| **第二节：歧视申诉** |
| 所申诉歧视行为的日期，或所申述系列歧视行为中最后行为的日期： |
| 做出所申述歧视行为的官员或实体的名称、地址和职务：  |
| MassDEP 事件发生的地点（如果适用）： |
| 您的律师或授权代表的姓名、地址和电话号码（如果有）：  |
| 被歧视人的姓名、地址和电话号码（如果不是申述人本人）并说明申诉人与被歧视人之间的关系。 |
| **请提供您认为涉嫌歧视的依据：****受联邦民权法保护的人群类别：** |
| 种族种族   | 肤色 | 祖籍(包括英语能力有限) |
| 残障 | 生理性别 | 年龄 | 恐吓和/或报复 |
| **受州法律/法令保护的人群类别：** |
| 残障  | 信仰 | 性别 | 性取向  | 宗教 | 祖籍 |
| 社会性别 |  民族 | 年龄 | 性别认同 | 性别 表达 | 老兵状态 |
| 背景 |   |
| **请尽可能简短和清楚地说明事件发生经过，以及您为什么认为自己受到歧视。 请指出所涉及人员。 请指出对待其他公众与对待您的差别。 还要附上与您申诉有关的书面材料，包括导致所申诉行为的见证人联系信息。 如果需要更多书写空间，可添加纸张。**  |
|  |
| **第三节：您是否已向 EPA 或任何其他州、地方或联邦机构或法院提起申诉？** |
| 是否**如果您对上述问题的回答为“是”，请提供向其提交申述的机构/法院名称和联系方式。如果需要，可附加纸张提供更多信息。****机构名称：****联系人：****地址：** **城市： 州： 邮编：****电话号码：****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****请注意：**您可以向美国 EPA 或 MassDEP 环境正义办公室或是两个办公室提交第六章申诉，或同时向两个机构提交。 有关的投诉您可以向 MassDEP 环境正义办公室提交，其地址见本表格最后一页。也可以向美国环境保护局外部民权合规办公室提交申诉，地址见下文。 ***请注意：***EPA 不受理仅根据州保护规定提交的申诉。此类申述只能向 MassDEP 提交。  **直接向 EPA 提交的申诉应发送至：** **External Civil Rights Compliance Office****U.S. Environmental Protection Agency** **邮编 2310A****1200 Pennsylvania Avenue, NW** **Washington, DC 20460** **收件人：Director, External Civil Rights Compliance Office** |
| **第五节：签字：** |
| 请在下面签字。 可以附上您认为与申诉或投诉有关的任何书面材料或其他信息。已获知伪证罪处罚之规定并于 20\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_日签字。**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 签字 **注意： 如果没有签字，MassDEP 将无法受理申诉或投诉。** **请以电子方式提交或将填写好的表格邮寄到：** **MassDEP** **100 Cambridge St., Suite 900,** **Boston, MA 02114****收件人：Deneen Simpson，非歧视协调员****电子邮件:** **deneen.simpson@mass.gov** |