Oregon
Tina Kotek, Governor

OREGON DEPARTMENT OF EDUCATION
Oregon achieves . . . together!

Dr. Charlene Williams
Director of the Department of Education

民權投訴表格

***美國農業部（USDA）和俄勒岡州對所有涉及 USDA 專案和活動的隱憂和投訴均會作出答覆。*任何欲提出投訴的人可以通過寫信、遞交此表格抑或親自或通過致電的方式對贊助方、USDA 或俄勒岡州進行口頭通知。**

在投訴於 USDA 或俄勒岡州被登記在案後，有關機構將調查該投訴事件，以便瞭解投訴是否因誤解而引起或是否應該採取某些糾正措施。解決方案可能包括教育、協調、和/或其他解決問題的機會。在投訴被送回贊助方後，贊助方會將投訴轉交給俄勒岡州。

對於誠信投訴之人進行的任何打擊報復行為是觸犯 USDA 及俄勒岡州政策之行為。

至于其它所有 FNS 营养援助计划，州或当地机构及其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：：

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾情况、年龄的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息

（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应联系负责实施计划的州或当地机构或 USDA 的 TARGET 中心，号码为 (202) 720-2600 (语音及 TTY)，或拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在 以 下 网站 找 到 ：https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027- simplified-chinese.pdf。您也可从 USDA 办公室或拨打(866) 632-9992 获得该表或写信给

USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须通过以下方式提交给 USDA：

(1) 邮件:

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410; 或

(2) 传真:

(833) 256-1665 或(202) 690-7442; 或

(3)　　电子邮箱:

program.intake@usda.gov

本机构提供平等机会。

俄勒冈州民权投诉程序

投诉歧视与俄勒冈州的儿童营养方案，请发送电子邮件**至** ODE.CNPCivilRights@state.or.us **或写儿童**营养方案主任，俄勒冈州教育局、 255 议会大厦街 NE，**塞勒姆**，**或** 97310 **或**调用 503-339-6821、**(声音) 或** (503) 378-2892 (TDD)**。**

請填寫以下情況：

_____	_____	_____
投訴人姓名	**學校或組織名稱**	**日期**

_____	_____	_____	_____	_____
地址	**城市**	**州**	**郵編**	**電話號碼**

具體投訴*內容：* ***詳細地描述與此次投訴有關的問題、決定、行為和/或事件。包括發生過的事件之****內容、時間、地點、所有當事人以及在場的目擊證人。*（**如有必要，請用額外的紙張補充**說明）。

本投訴是涉及歧視還是騷擾？*如果是，請提供閣下是如何受到了歧視的經過。具體列出閣下受歧視的一個或一個以上的原因，諸如是否基於種族、膚色、原籍國、性別、宗教或殘障等原因而受到歧視。如果閣下受到騷擾，請具體說明閣下受到的騷擾的類型。*（**如有必要，請用額外的紙張補充**說明）。

閣下要求得到什麼樣的解決方案？（**如有必要，請用額外的紙張補充**說明）。

如果可能，請提供所有文檔、證據、證明或其他可證明閣下投訴有理的資料的影印本。請閣下審查此投訴表格，確保自己提供的所有資訊都是完整無訛的。

通過在下面的空白處署名，我證實就本人所知，本人提供的所有資訊均屬實並完整無訛。

_____	_____	_____
投訴人署名	姓名的正楷體	日期

本人茲證明收到投訴。本人會將此投訴轉交給俄勒岡州。

_____	_____	_____
贊助方或代表署名	姓名的正楷體	日期

Oregon Department of Education Child Nutrition Programs

***Internal use only*：** **All complaints received on this form must be forwarded to the Civil Rights Specialist, ODE, within three (3) working days. Date forwarded: _____**