**HAWAII州**
**教育部**
民权合规处
P.O.Box 2360
Honolulu，Hawaii 96804
电话：（808）784-6325
传真：（808）586-3331
电子邮箱：crcb@k12.hi.us

# 员工针对学生的反骚扰、反霸凌以及反歧视规定投诉表

## BOE规定#305-10

## 投诉人信息

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **姓名** | 姓氏 | 名字 | 中间名 | |
| **地址** | 号码和街道 | 城市 | 州 | 邮编 |
| **电话** | 住宅电话（　　） | 工作电话（　　） | | |
| 学校/办公室 | | 综合区域 | | |

## 投诉人身份（勾选适用选项框）

❑学生　❑ 家长　❑ 法定监护人　❑ 其他（请注明）

## 被控违法者（如已知）

| | | |
|---|---|---|
| 姓名 | 职称 | 学校/办公室 |
| 姓名 | 职称 | 学校/办公室 |
| 姓名 | 职称 | 学校/办公室 |

## 投诉依据（勾选适用选项框）

❑种族　❑ 宗教　❑ 性取向　❑ 性别认同　❑ 身体外观和特征
❑肤色　❑ 原有国籍　❑ 报复　❑ 性别表达　❑ 年龄
❑性别　❑ 血统　❑ 生理/心理缺陷　❑ 社会经济状况

事件发生日期　____ /____ /____　____ /____ /____　____ /____/____

## 投诉摘要（请指明：人员、事件、时间和地点）

（可提交额外纸页）

## 证人资料（请提供证人姓名）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 姓名 | ❑ 学生 ❑ 成年人 | 地址/机构 | 电话 |
| 姓名 | ❑ 学生 ❑ 成年人 | 地址/机构 | 电话 |
| 姓名 | ❑ 学生 ❑ 成年人 | 地址/机构 | 电话 |

陈述：所提供的上述信息据本人所知真实无误。

CRCB收讫日期：

_____
投诉人签名

____/____/____
日期

投诉表

根据《美国残疾人法案》和其他相应的州和联邦法律，如果因残疾状态需要合理的便利设施，请您联系主管、校长、综合区域学监或者助理学监。