

服务请求

社区冲突解决组织



填写并提交此服务请求表格后，民权部（CRD）社区冲突解决组织（CCRU）会启动审查。此服务申请表格并非投诉。CCRU 将决定是否可接受此服务请求，以及 CCRU 是否将提供任何服务。您提交此文件即表示您已阅读并同意 CRD 的隐私政策。

■ 请求者（您）的信息

姓名：

电话：

电子邮箱：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

第一语言：

您与 CRD 沟通时是否需要口译人员？

是

否

如果是，请注明语言：

当您与 CRD 相互沟通时，您是否需要与残疾相关的便利？

是

否

选择所有适用选项： ASL/视频远程口译

视频面谈

CART 服务

预先问题

其他（请注明）：

您是否是支持此请求的团体成员或附属团体成员？

是

否

如是，请列明团体：

■ 调查对象（实施歧视性做法/行为的人/实体）信息

谁或什么实体实施了导致纠纷、分歧、困难或冲突的歧视性做法？

姓名：

电话：

电子邮箱：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

■ 社区冲突信息

1. 本人是：

- 社区中受到影响的成员，遭遇纠纷、分歧或困难。
（“社区”包括按种族、国籍、性别、性取向或问题 2 所列任何特征相互联系的正式或非正式的地方社区团体。例如，学校、学区或大学社区；宗教团体；部落社区；等等）
- 参与社区纠纷、分歧、困难或冲突的州或地方公共机构的代表；
- 与遭遇纠纷、分歧、困难或冲突的社区有其他关系或知晓的人士或实体；
- 寻求与培训相关的服务或教育服务，如促进措施、技术援助、冲突解决程序设计或调停或调解以外的服务（如果适当，请只回答问题 2）。

2. 社区纠纷、分歧、困难或冲突与基于以下歧视有关（选择所有适用选项）：

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 种族 | <input type="checkbox"/> 颜色 | <input type="checkbox"/> 性取向 |
| <input type="checkbox"/> 国籍 | <input type="checkbox"/> 血统 | <input type="checkbox"/> 身体残疾 |
| <input type="checkbox"/> 智力障碍 | <input type="checkbox"/> 年龄 | <input type="checkbox"/> 医学状况 |
| <input type="checkbox"/> 遗传信息 | <input type="checkbox"/> 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 退伍/兵役状况 |
| <input type="checkbox"/> 生理性别 | <input type="checkbox"/> 性别 | <input type="checkbox"/> 性别身份 |
| <input type="checkbox"/> 性别表达 | <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 家庭状况 |
| <input type="checkbox"/> 生殖健康
决策 | | |

3a. 纠纷、分歧、困难或冲突发生地点在哪里？

3b. 请描述纠纷、分歧或困难，包括导致纠纷的歧视性做法/行为，何时开始，是否持续：

（歧视性做法的示例包括，但不限于无暴力的仇恨事件；暴力仇恨事件；执法过度使用武力；学校或学区的纪律不成比例；等等）

4. 您需要什么样的帮助？我们怎么才能帮到您？

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 设计冲突解决流程 | <input type="checkbox"/> 关于冲突的技术咨询 |
| <input type="checkbox"/> 培训教育 | <input type="checkbox"/> 促进对话 |
| <input type="checkbox"/> 促进进程，确保有意义的社区参与 | <input type="checkbox"/> 社区调解/调停 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请描述）： | |