# 收容所居民申诉表
# (Chinese Simplified)

**收容所居民有权提出申诉，且不必担心遭到报复或被剥夺权利。**

**说明：**当事人必须填写**第 I 部分**并将此表连同证明材料一并提交给项目/机构主管或各自的个案管理员。如此表所述事项与上述主管或个案管理员有关，则当事人应将此表交至社会服务局 (Department of Social Services, DSS) 监察专员办公室 (Office of the Ombudsman)，地址：109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003。

任何主管或监察专员办公室工作人员在收到填好的申诉表后，必须填好**第 II 部分**并在七 (7) 个工作日内将表格返回给该当事人。

**第 I 部分（由当事人填写）：**

姓名：_____

地址/机构/项目：_____

社会安全号码/个案号码：_____ 电话：_____

签名：_____ 日期：_____

**描述申诉（视情况添加额外页面和证明文件）：**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

（翻页）

**第 II 部分（由主管或监察专员、工作人员于七 [7] 日内填写）：**

姓名/职务：

机构/项目：

地址：

电话： 收到申诉的日期：

签名： 日期：

**书面解释或答复决议（视情况添加额外页面和证明文件）：**