

受害者

姓名 _____
姓氏 名字 中間名首字母

地址 _____
門牌號碼 街路名稱

_____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號

主要電話號碼 (_____) _____ 次要電話號碼 (_____) _____

疑似違法者 (或機構)

人名 _____
姓氏 名字 中間名首字母

機構名稱 _____
門牌號碼 街路名稱

地址 _____
城市 州 郵遞區號

電話號碼 (_____) _____

表格填寫人 (若與上述受害者不同)

姓名 _____
姓氏 名字 中間名首字母

地址 _____
門牌號碼 街路名稱

_____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號

主要電話號碼 (_____) _____ 次要電話號碼 (_____) _____

違法事例簡述 (如有需要請自行增加紙頁)

如附加更多紙頁請打勾： 頁數 _____

* 《紐約州公共衛生法》(New York State Public Health Law) 第 27-F 條規定，任何與愛滋病或愛滋病毒相關的醫療資訊均須保密，包括個人是否做過愛滋病毒相關的檢查以及與愛滋病毒相關檢查的結果。

投訴人簽名 _____ 日期 _____

請將填好的表格郵寄至：NYS Department of Health, AIDS Institute, Special Investigation Unit, ESP, Corning Tower – Room 308, Albany, NY 12237