

차별 대우 고소장

Department of Licensing(DOL)은 공공 서비스 및 기관의 혜택을 받을 시민 평등권에 관련하여 연방 및 주에서 시행하는 모든 법률, 규정 및 행정 명령을 준수하고 있습니다. DOL의 공공 기관이나 서비스 혜택을 귀하께서 제공받는 데 있어서 차별 대우를 받았다고 여기신다면, 저희 DOL은 귀하의 의견에 귀를 기울이고 싶습니다. 이 양식을 작성하셔서 아래 주소로 우편을 보내 주십시오.

Civil Rights Compliance Coordinator
Department of Licensing
PO Box 9032
Olympia, WA 98507

Email: CivilRtsCoord@dol.wa.gov

Phone number: (844) 200-4466

| | | |
|---------------------------------|------------------|---------------|
| 연락처 정보 - 귀하께 연락드려야 할 경우에 | | 조회 번호(DOL 전용) |
| 귀하의 성명 | (지역번호) 낮 시간 전화번호 | 이메일 |
| 집 주소 (거리 주소, 시, 주, ZIP 우편번호) | | |

사건 정보

| | | |
|---|--|--|
| 사건 발생일 (월/일/년) | 대략적인 사건 발생 시각 <input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 | 사건 발생 장소 |
| 차별 대우의 근거/종류 (해당되는 모든 항목을 선택해 주십시오) | | 다른 행정기관에 이 사건에 관련된 고소를 접수하신 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"로 답하셨다면, 어떤 행정기관이었습니까? |
| <input type="checkbox"/> 인종/피부색 <input type="checkbox"/> 성별 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 나이 <input type="checkbox"/> 낮은 수입 <input type="checkbox"/> 출신 국가/능숙하지 못한 영어 <input type="checkbox"/> 기타 (설명하여 주십시오) _____ | | |
| 사건에 대한 설명 (무슨 일이 일어났는지 말씀해 주십시오) | | |
| 본 사건을 증명하거나 참고가 될만한 관련 문서가 있다면 여기에 설명해 주시고, 그 문서를 이 양식에 덧붙여 제출해 주십시오 | | |

사건에 연루된 사람들(관련자가 특정될 경우) - 이름, 직함 또는 전화번호를 기입하여 주십시오(알고 계실 경우)

| | | |
|-------------------|----|-------------|
| 귀하를 차별 대우한 사람의 이름 | 직함 | (지역번호) 전화번호 |
| 귀하를 차별 대우한 사람의 이름 | 직함 | (지역번호) 전화번호 |
| 귀하를 차별 대우한 사람의 이름 | 직함 | (지역번호) 전화번호 |
| 사건 목격자 이름 | | (지역번호) 전화번호 |
| 사건 목격자 이름 | | (지역번호) 전화번호 |
| 사건 목격자 이름 | | (지역번호) 전화번호 |

X
서명

날짜