뉴욕주 노인 담당실(NYSOFA)

차별 관련 불만사항 신고서

(불만사항이 언어 사용(예: 통역 서비스가 제공되지 않음)과 관련된 것이라면

NYSOFA 웹사이트의 언어 사용 불만사항 양식을 참조하십시오.)

이름	성	
집 전화번호 (　　)	기타 전화번호 (　　)	
주소	시 또는 타운	
주	우편번호	이메일 주소(있는 경우)

이 불만사항 양식을 다른 사람이 대신 접수합니까? 예 ☐ 아니요 ☐

예로 답한 경우, 그 사람의 이름을 같이 기입하십시오.

이름　　성

불만사항의 대상이 되는 기관 및 부서 또는 프로그램(대상자):

기관 이름: _____

담당자 이름: _____

주소: _____

_____ 우편번호 _____

전화: (_____)_____

차별 관련 주장의 근거: ***(해당하는 사항을 하나 이상 선택)***

☐ 인종	☐ 성별/성희롱	☐ 성 정체성
☐ 피부색	☐ 결혼 여부	☐ 군복무 여부
☐ 출신 국가	☐ 장애	☐ 보복
☐ 신념/종교		

*** 해당 차별사건이 발생한 날짜는 언제입니까? 계속 발생되고 있을 경우 가장 최근의 날짜를 기입하십시오.**

_____

발생한 일에 대해 간단하게 설명하십시오. 특정 날짜, 이름(목격자 포함), 가능하다면 주소를 입력하십시오. 필요에 따라 페이지 및 기타 서류를 추가하십시오.

대상자와 문제 해결을 시도했습니까? 그러한 경우, 그 결과는 어떠했습니까? 가능한 한 자세히 설명해 주십시오(필요에 따라 페이지 첨부).

본인은 위에서 설명하고 첨부한 페이지에 기술된 불만사항에 대한 내용은 본인이 아는 한 진실됨을 증명합니다.

서명 날짜(MM/DD/YYYY)

이 양식과 관련된 질문은 평등 기회 및 다양성 관리(Equal Opportunity and Diversity Management) 담당 NYSOFA 국장에게 이메일: C_Bradwell@ofa.state.ny.us 을 보내거나 1-800-342-9871 로 전화하여 연결을 부탁하십시오. 무료 통역 서비스 및 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다.