

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 DOL의 차별 대우를 받았다고 여기신다면, 저희 DOL은 귀하의 의견에 귀를 기울이고 싶습니다.

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

이메일: CivilRtsCoord@dol.wa.gov 전화번호: 844.200.4466

연락처 정보 – 귀하에게 연락해야 하는 경우에 필요		조회 번호(DOL 전용)
귀하의 성명	주간 시간대 10자리 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) <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) _____		다른 행정기관에 이 사건에 관련된 고소를 접수하신 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”라고 대답한 경우, 어떤 기관에 접수하셨습니다? _____
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		

해당하는 경우, 관련된 사람들

귀하를 차별했다고 생각하는 사람의 이름	직함	10자리 전화번호
귀하를 차별했다고 생각하는 사람의 이름	직함	10자리 전화번호
귀하를 차별했다고 생각하는 사람의 이름	직함	10자리 전화번호
사건 목격자 이름		10자리 전화번호
사건 목격자 이름		10자리 전화번호
사건 목격자 이름		10자리 전화번호

X
서명

날짜