COMPLAINT OF DISCRIMINATORY TREATMENT
(차별 대우에 관한 고소)

TO: DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CIVIL RIGHTS AND LANGUAGE SERVICES SECTION
12860 CROSSROADS PARKWAY SOUTH
CITY OF INDUSTRY, CALIFORNIA 91746

CASE NAME:

CASE NUMBER:

본인,_____은, 이에 차별 대우적 불만을 정식으로 제기하며 그리고 조사가 진행
(성함을 활자체로 표기 바람) 되어지기를 요청합니다.

저는 다음의 이유로 차별적 대우를 받았음을 믿습니다.

인종 ☐	국적 ☐	종교 ☐	성별 ☐	피부색 ☐
정당 가입 ☐	결혼상태 ☐	나이 ☐	장애 ☐	

본인에게 차별대우를 한 사람의 이름(들)과 직책(들)은

_____

_____

_____

본인으로 하여금 이 불만을 제소하게 한 행동,결정,또는 상황은 다음과 같습니다

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

본인은 다음과 같이 조정된 조치가 취하여지길 원합니다.

_____

_____

_____

_____

_____
(서명) (날짜)

주소: _____

_____

전화: _____