

차별 대우 불만 양식

이 양식은 캘리포니아 사회복지부 부문 21 에서 다루는 보호 대상에 대한 위반에 대해 DPSS 에 차별 대우 불만을 제기하는 데 사용됩니다. 로스앤젤레스 카운티 DPSS 민권 안내서에 따라 차별에 대한 불만을 제기하는 데 이 양식을 공식적으로 요구하지 않습니다.

다음과 같은 이유로 차별을 받았다고 생각하시면 불만을 제기할 수 있습니다:

- 국적 (언어 포함)
- 인종
- 민족 그룹 정체성
- 성별
- 성 정체성
- 결혼 상태
- 건강 상태
- 종교
- 장애 (신체적 또는 정신적)
- 이민 신분
- 피부색
- 혈통
- 연령
- 성별 표현
- 성적 취향
- 동거 관계
- 유전 정보
- 정당 관계
- 시민권
- 기타 다른 적용 기준

1. 첨부된 PA 607, 차별 대우에 대한 불만, 양식을 작성하십시오. 당신의 이름, 전화 번호, 우편 주소, 케이스 번호 및 당신이 주장하는 차별에 대한 설명을 반드시 포함하십시오. (필요한 경우 추가 페이지 첨부) 당신의 불만을 익명으로 제출하려면 이름 기입란은 공백으로 남기시고 서명란에는 "익명"이라고 쓰십시오.
2. 주장하시는 차별을 해결하기 위해 요청하시는 시정 조치에 대해 말씀해 주십시오.
3. 양식에 서명하십시오.
4. 불만 양식은 DPSS 사무소를 직접 방문해서 제출하거나, 전화, 팩스, 이메일, 또는 다음 주소로 미국 우편으로 제출하십시오:

Department of Public Social Services
Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Telephone: (562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
Email: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov

참고하십시오:

- DPSS 민권 부서에서 조사관을 지정할 것이며 그 담당 조사관이 서면으로 당신의 불만 접수를 알려 드릴 것입니다.
- 차별에 대한 보고서를 제출하기 위해 PA 607 를 반드시 제출해야 하는 것은 아닙니다. 이메일을 통해 서면으로 또는 전화해서 구두로 불만을 제기하거나, DPSS 직원에게 알려 차별에 대한 불만을 추진하게 하여 제기할 수 있습니다.
- 보복은 CDSS 부문 21 하에 보호 활동으로 포함되며 금지됩니다. 보복 불만은 모든 조사, 절차 또는 청문회에서 어떤 방식으로든 불만을 제기, 증언 또는 참여하는 것과 같은 보호 활동에 관여한 어떤 개인에 대한 모든 형태의 협박, 위협, 강요 또는 차별에 대한 것입니다. 이는 차별 불만과 동일하지는 않지만 CDSS 부문 21 에 따라 금지됩니다.

차별 대우에 대한 불만

작성완료한 양식을 다음 주소로 돌려보내 주십시오:
Department of Public Social Services Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
이메일: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov
전화: (562) 908-8501
팩스: (562) 692-2240

CASE NAME:

CASE NUMBER:

본인, _____ 는/은, 이로써 차별 대우에 대한 불만을 제출하며 조사를 진행해 주시기를 원합니다.
(당신의 이름을 인쇄체로 적으십시오.)

본인은 다음과 같은 이유로 차별 대우를 받았다고 믿습니다 (적어도 네모칸 하나에 체크표시 하십시오):

Grid of checkboxes for discrimination reasons: Nationality, Skin color, Race, Religion, Ethnicity, Physical disability, Age, Gender expression, Sexual orientation, Marital status, Living situation, Health status, Genetic information, Religion, Political affiliation, Citizenship, Immigrant status, Other applicable criteria.

본인은 다음 이유로 보복당했다고 믿습니다: _____

발생 날짜: _____

본인을 차별 대우한 사람의 이름(들) 과 직위(들): _____

본인이 불만을 제기하게 된 조치, 결정 또는 상황은 다음과 같습니다: _____

본인은 다음과 같은 시정 조치가 취해지기를 바랍니다: _____

동의 승인 - 이 선택에 약식으로 서명함으로써, 본인은 해당 연방 및 주법과 규정에 따라 조사 중에 있는 단체 또는 기관 사람들과 다른 연방 및 주정부 기관에 본인의 신분 및 개인 정보를 양도할 수 있는 권한을 사회복지국, 민권 부서에 위임합니다. 본인은 이로써 민권 부서에, 신청서에만 국한되지 않고, 케이스 파일, 개인 기록 및 의료 기록을 포함한 자료 및 정보를 얻을 수 있는 권한을 위임합니다. 자료 및 정보는 위임된 민권 준수 및 집행 활동에만 사용되어야 합니다. 본인은 정보 양도를 위임하도록 요구받지 않았으며 자발적으로 그렇게 한 것임을 이해합니다.

동의 거부 - 본인은 본인의 이름 또는 다른 개인 신상 정보를 양도하는것에 동의하지 않습니다. 본인은 정보 양도에 대한 본인의 동의 거부로 인해 이 불만 사항을 조사하지 않을 수도 있다는 것을 이해합니다.

(서명) _____ 주소: _____
(날짜) _____

전화: _____