



사회복지국 (DPSS)  
미국장애인법 (ADA)  
불만 제기 양식



이 양식은 미국 장애인법(ADA) 위반 혐의에 대한 사회복지부(DPSS) 고객 불만 사항을 해결하기 위해 작성되었습니다.

이 양식을 사용하는 것이 연방 규정을 준수하는데 요구되는 것이 아니며, 소송을 시작하는 것도 아닙니다.

장애로 인해 차별을 받았다는 혐의를 주장하거나 장애 관련 편의 제공 서비스를 제안 또는 제공받지 못한 경우, 당신 또는 당신의 권한 대리인은 불만을 제기할 수 있습니다. 장애는 걷고, 앉아 있고, 서 있고, 읽고, 배우고, 이해하고, 말하고, 듣고, 보고, 군중 속에 있는 것과, 기억 상실에 관한 문제가 포함되나, 이에 국한되는 것은 아닙니다.

**지침 사항**

1. 첨부한 불만 제기 양식을 작성 완료하십시오. 당신의 이름, 케이스 번호, 주소, 불만 제기인의 전화 번호 및 당신이 주장하는 위반 사항(들)에 대한 간략한 설명이 포함되어야 합니다.
2. 당신이 주장하는 위반 사항(들)을 해결하기 위해 요구되는 시정 조치를 기입하십시오.
3. 당신 또는 당신의 권한 대리인은 모든 불만 양식에 서명해야 합니다.
4. 불만 제기 양식을 어느 DPSS 사무소에서든 직접 제출하거나 다음 연락처로 전화, 팩스, 또는 우편으로 제출할 수 있습니다:

Department of Public Social Services  
Attn: Civil Rights Section  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
Civil Rights Complaint Hotline:  
(562) 908-8501  
팩스: (562) 692-2240  
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)  
이메일: [DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov](mailto:DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov)

Los Angeles County Chief Executive Office (CEO)  
Attn: Disability Civil Rights Section  
500 West Temple Street, Room 754  
Los Angeles, California 90012  
전화: (213) 202-6944  
TTY: (800) 855-7100 (California Relay)  
이메일: [Adavis@ceo.lacounty.gov](mailto:Adavis@ceo.lacounty.gov)

5. 모든 의문 사항에 대한 답변을 위해 DPSS ADA 표제 II 코디네이터와의 비공식 면담을 요청할 수 있습니다.
6. DPSS는 당신의 불만 사항을 서면으로 접수했음을 확인해 줄 수사관을 배정할 것입니다.

**주의하시기 바랍니다:**

- 이 비공식 불만 제기 절차를 사용하는 것이 연방 규정에 따른 요구사항이 아니며 당신이 적합한 연방 집행 기관에 불만을 제기하는 것을 막기 위한 것도 아닙니다.
- 불만을 접수한 것에 대해 어떠한 보복, 강요, 위협, 협박, 간섭이나 회롱이든 금지되며, DPSS ADA 표제 II 코디네이터: (562) 908-8501번으로, 또는 카운티의 CEO, 장애 민권 부서: (213) 202-6944번으로 즉시 신고해야 합니다.

이 양식은 요청에 따라 부서별 ADA 코디네이터로부터 대안 형식으로 제공됩니다.



사회복지국 (DPSS)  
미국장애인법 (ADA)  
불만 제기 양식



양식 작성인(한 개만 체크 표시):  불만 제기인       권한 대리인

이름: \_\_\_\_\_ 케이스 번호: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

전화 번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

**당신이 주장하는 위반 혐의**

주장한 ADA 위반 혐의에 대해 설명하십시오. 당신의 불만을 명확하게 할 수 있도록 충분한 세부 정보를 제공하십시오 (필요한 경우 추가 페이지 첨부).

발생 날짜: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**조치 요청**

주장한 ADA 위반 혐의를 시정하기 위해 카운티에서 어떤 조치를 취해 주길 요청합니까?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

불만 제기인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

권한 대리인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_