차별 혐의에 대한 불만제기 양식

불만 제기 정보:

차별 또는 부당 대우가 발생한 후 가능한 빨리 해당 항목을 모두 작성하여 다음 주소로 제출하도록 하십시오:

OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY
E.O. Complaint Unit
65 Court Street, Room 1102
Brooklyn, NY 11201
전화: 718-935-3320
팩스: 718-935-2531

- **반드시 불만 제기의 대상이 되는 사건 발생 1년 이내에 접수해야 합니다.**
- 모든 해당 정보를 **명확히 인쇄체로 기입하십시오**.
- 필요한 경우 추가 용지 또는 증빙 서류를 첨부하십시오.

다음 중 하나에 (☑) 표시: ☐ 직원 ☐ 학생 ☐ 학부모 ☐ 취업 지원자 ☐ 기타

이름: _____ 제목: _____

*학생의 성명: _____
(*학부모가 학생을 위해 접수하는 경우*)

집 주소:_____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화#: 자택: _____ 휴대전화: _____ 직장: _____

업무현장 책임자 정보:

학교장 또는 현장 책임자 성명: _____
직위: _____
학교/담당실/학군: _____
사이트 주소: _____
사이트 전화번호: _____

(다음)

불만 접수 내용의 성격:

1. 차별을 당했다고 생각하는 이유를 아래 표시☑하십시오.

- ☐ 나이
- ☐ 외국인/시민권 신분
- ☐ 체포/유죄 경력
- ☐ 색깔
- ☐ 신념
- ☐ 장애
- ☐ 인종/출신 국가
- ☐ 성별/성
- ☐ 혼인 여부
- ☐ 군복무 여부
- ☐ 파트너십 상태
- ☐ 유전적 소인
- ☐ 인종
- ☐ 종교
- ☐ 보복 (차별 문제제기 관련)
- ☐ 성희롱
- ☐ 성적 취향
- ☐ 가정폭력, 성범죄, 또는 스토킹 피해자 여부
- ☐ 체중 (학생만 해당)

2. 차별을 가한 사람의 이름/직위

1. 이름: _____ 1. 직위: _____ 2. 이름: _____ 2. 직위: _____

3. 이름: _____ 3. 직위: _____ 4. 이름: _____ 4. 직위: _____

3. 차별이 가해진 장소는?

_____

4. 차별 행위가 가해진 날짜

월: _____ 일 _____ 연도 _____ 월: _____ 일 _____ 연도 _____

월: _____ 일 _____ 연도 _____ 월: _____ 일 _____ 연도 _____

5. 사건 설명 (관련자 성명 및 증거를 서술하고 필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. 요청하는 해결 또는 수정 조치는 무엇입니까?

_____
_____
_____

서명 _____ **날짜:** _____