

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

차별 제소 양식

XXX-XX

성명

사회보장번호(마지막 4 자리)

전화(집)

전화(직장/휴대)

주소

시

주

우편번호

사용자, (해당할 경우 부/과도 작성):

1. 직책:

2. 진술하는 차별의 근거: 해당 내용을 선택하십시오.

- 연령, 체포/법원 기록, 수유(젖먹이기), 양육권, 시민권, 신용 이력, 장애(신체 또는 정신), 가사/성 폭력 피해자 상태, 유전자 정보, 국방 이탈, 출신국/조상, 정치 신념, 이종 또는 피부색, 종교, 관계 상태, 성별/성(표현 또는 정체성), 성 취향, 퇴역군인 상태, 제소 제기 또는 제소 과정 참여에 대한 보복, 추행 (기준)*

* 보호받는 등급 기준을 가리켜야 함

진술된 차별과 관련하여, 당신이 한 것이 있다면 무엇인지 간단히 설명하십시오. (추가 공간이 필요하다면 추가 용지를 첨부하십시오.)

3. 당신의 제소는 서비스 전달 차별 진술과 관련됩니까? 예 아니오

4. 당신의 제소는 고용 차별 진술과 관련됩니까? 예 아니오

5. 진술한 차별 내용은 당신이 침해 당한 것입니까? 아니오 그렇다면 누가 그랬습니까?

6. 당신이 어떻게 그리고 왜 차별 받았는지 설명하십시오. 구체적으로 진술하고, 사건 현장에 있던 모든 사람의 성명, 날짜, 그리고 목격자를 포함하기 바랍니다. (추가 공간이 필요하다면 추가 용지를 첨부하십시오.)

7. 진술한 차별 내용은 다른 사람이 침해 당한 것입니까? 아니오 그렇다면 성명, 주소, 그리고 전화번호를 모두 적으시오.

8. 진술한 차별의 구체적 일자 또는 기간은 어떻게 됩니까?

9. 당신이 원하는 구조/치유가 무엇인지 적으시기 바랍니다.

10. 본인은 Department of Human Services, Personnel Office, Civil Rights Compliance Staff 담당자, P. O. Box 339, Honolulu, Hawaii 96809-0339 에게, 본인의 주소 또는 전화번호가 변경될 경우 알릴 것입니다. 본인은 위의 진술 내용을 읽었으며 이것은 최고 상태의 지식과 신념으로 작성했음을 맹세하고 확인합니다.

문서작성을 완료한 다음 검토하고, 서명하고, 일자를 적어서 위 주소로 반송하기 바랍니다.

서명 일자