

제 6 장 불만 신고 양식

이 양식은 1964년 민권법 제 6 장 위반 혐의와 관련 와시트너 지역 교통 연구 (WATS)소에 불만을 제기하는 데 사용할 수 있습니다. 귀하께서 신체 장애 또는 기타 이유로 인해 이 양식을 작성하는데 도움이 필요하시다면, 전화 (734) 994-3127 이나 팩스 (734) 994-3129, 또는 미시간 릴레이 센터를 통해 청각 장애인을 위한 통신장치(TDD)/전신타자기로 (800) 649-3777 에 문의하시기 바랍니다.

오직 원고 또는 고소인의 지정 대리인이 양식을 작성해야 합니다.

이름

번지

도시	주	우편 번호
주택 전화 번	직장 전화 번호	팩스 번호

위 주소와 다를 경우 개인 (추가 페이지 필요한 경우 사용), 차별:

이름

번지

도시	주	우편 번호
주택 전화 번	직장 전화 번호	팩스 번호

위에 표시 개인에 대한 관계를 설명해주시시오

기관과 부서 또는 차별되는 프로그램의 이름:

이름

번지

도시

주

우편 번호

전화 번호

팩스 번호

주장 차별 날짜:

날짜 차별 시작

차별의 마지막 또는 가장 최근의 날짜

혐의 차별 :

불만은 혐의 차별이 발생한 180 일 이내에 제기 되어야 합니다. 만약 귀하께서 혐의 차별 행위를 180 일 이내에 알 수 없을 시에는, 불만을 제기한 날로부터 60 일의 시간을 가질 수 있습니다.

귀하의 불만이 서비스와 관련된 불만이거나 상기 언급된 부서/기관에 의해 귀하 또는 다른 사람에게 가해진 불만일 경우에는, 차별 행위 근거에 대해 아래에 표시해 주십시오.

예: 당신이 아프리카계 미국인이기 때문에 차별 당했다고 생각되면, 인종/피부색을 체크 하시고, 옆 빈 칸에 아프리카계 미국인이라 써 주십시오.

예: 당신이 여성이기 때문에 차별을 당했다고 생각되면, 성별을 체크 하시고, 옆 빈 칸에 여성이라 써 주십시오.。

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 인종 / 피부색 _____ | <input type="checkbox"/> 종교 _____ |
| <input type="checkbox"/> 국적 _____ | <input type="checkbox"/> 나이 _____ |
| <input type="checkbox"/> 성별 _____ | <input type="checkbox"/> 장애 _____ |

설명 :

무슨 일이 일어났는지 가능한 한 명확하게 설명해 주십시오. 혐의 차별에 관련된
증인과 다른 사람의 이름을 적어 주십시오. (필요한 경우, 추가 용지를 첨부하시고,
귀하의 사례와 관련된 서류 사본을 첨가해 주십시오)

서명	날짜
----	----

참고 : 본 기관에 의해 집행되는 법은, 개인이 법에 의해 보호되는 권리를 지키기
위해 직접 행동을 취하거나 행동에 가담했다는 이유로 가해지는 보복이나 위협을
금지합니다. 만약 귀하께서 상기 제기한 차별과는 별도의 보복 또는 위협을
받으셨거나, 본 양식 작성과 관련해 의문 사항이 있으시면,아래로 연락해 주시기
바랍니다.

Nick Sapkiewicz, Title VI 코디네이터
Washtenaw Area Transportation Study
 705 N. Zeeb
 Ann Arbor, MI 48103
전화: (734) 994-3127
팩스: (734) 994-3129
이메일: sapkiewiczn@mivats.org