

워싱턴 시 정부 인권실



언어 서비스 민원 서식

본 접수 질의서를 작성한다고 해서 차별대우 고발이 신청되는 것은 아닙니다.

참고: 이 문서에 기입해야 하는 정보는 D.C. 인권실(OHR)이 귀하가 진술한 내용이 D.C. 언어 서비스법 위반 행위에 해당되는지 판단하는 데 도움이 됩니다. 본 서식은 OHR 에서 검토 및 승인해야 합니다.

차별 금지 규정

개정된 D.C. 인권법(1977 년, D.C. Official Code Section §§2-1401.01 이하 참조)에 따라, 워싱턴 시에서는 실제 또는 인지된 다음 요소를 근거로 차별하는 것을 금지합니다: 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 연령, 결혼 상태, 개인적인 외모, 성적 취향, 성 정체성이나 성 정체성 표현, 가족 상태, 가족 책임, 대학 입학 자격, 정치적인 소속, 유전 정보, 장애, 수입원, 가족 내부 범죄의 희생자 또는 주거지나 사업장. 성희롱은 동 법에서 금지하는 성 차별의 한 형태입니다. 뿐만 아니라, 동 법에서는 위에 명시된 보호 대상 카테고리에 근거한 희롱도 금지합니다. 동 법을 위반하는 차별 행위는 묵인되지 않으며, 위반자는 징계를 받게 됩니다.

*필수 입력란

1. 민원인 정보

*날짜:	*이름:
*주소:	
*연락 전화 번호:	*대체 연락 전화 번호:
생일:	성별:
*이메일 주소:	
*출신 국가:	
*대화할 때 사용하기를 원하는 언어:	

*연락이 되지 않는 경우에 연락할 사람:	
*주소:	
*연락 전화 번호:	*대체 연락 전화 번호:

2. 피고소인 정보

*민원 대상이 되는 D.C. 정부 기관/부서명:
*주소:
*전화:
*해당 단체의 주소:
*상기 단체에 자금을 공급하는 D.C. 정부 기관/부서명:

3. 민원 사항

*사고일:
*민원의 성격: <input type="checkbox"/> 자신의 언어로 기관 직원들의 지원을 받을 수 없음 <input type="checkbox"/> 번역된 자료가 없음 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 명시해 주십시오): _____
*귀하의 업무를 취급한 기관 직원의 이름:
*그 직원에게 자신이 원하는 언어에 대해 알려주었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
*예인 경우, 어떻게 알려주었습니까? _____
*귀하가 접촉한 기관에 번역된 자료를 요청하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
*예인 경우, 어떤 문서를 요청하셨습니까? _____ _____
*문서가 귀하의 언어로 번역되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
*이 문제를 해당 기관과 해결하려고 시도하셨습니까? 만일 그렇다면, 다음 사항을 알려주십시오:

문제(들)의 상호 인정할 수 있는 해결책에 도달하도록 지원하는 중립적인 제 3 자이며, 각 건별로 배정됩니다. 중재 과정은 의무적이며 분쟁 당사자들이 스스로 문제의 해결책을 찾아야 합니다.

참고 사항: 중재가 성공하지 못하는 경우, 귀하의 민원은 전면 조사 단계로 넘어갑니다. 그 조사에서 귀하의 민원이 기각되는 경우엔, 기각 사유를 설명하는 서신을 받으시게 될 것입니다. 해당 규정에 따라 OHR 은 피고에게 기각 통지서 사본을 보내야 합니다.

본 접수 질의서를 작성한다고 해서 차별대우 고발이 신청되는 것은 아닙니다. 본 민원 서식이 이행 소멸시효 기간 안에 신청되어야만 인권실에 접수가 성립됩니다. 하지만 소송명부에 기재된 고발 내용은 해당 조사 및 판결에 기반한 공식 문서가 됩니다.

*민원인의 서명

*날짜

부서 내부용

민원 접수 일자: _____

- 워싱턴 시에서 발생한 것으로 추정되는 위반 사항.
- 워싱턴 시 정부의 부서, 서비스 또는 기관 또는 그로부터 자금을 지원 받는 단체에 대해 발생한 것으로 추정되는 위반 사항.
- 365 일 이내에 발생한 것으로 추정되는 위반 사항.