

서양성당목회위원회(CATHOLIC COMMUNITY SERVICES OF WESTERN WASHINGTON)

불안식 자원교통원프로그램(Volunteer Services Transportation Program)

섹션 I:				
이름				
주소				
전화(집):			전화(직장):	
이메일 주소				
특정 편의양식이 필요하신가요?	큰 활자		오디오 테이프	
	청각		기타	
섹션 II:				
본인과 관련된 불만을 직접 서면으로 작성하고 계신가요?			예*	아니 오
*이 질문에 "예"라고 답했다면 섹션 III으로 이동하세요				
"아니오"라고 답했다면 불만을 제기하는 사람의 이름과 작성자와 그 사람과의 관계를 기재하세요				
제삼자를 위해 불만을 제기하는 이유를 기재하세요				
제삼자를 대신하여 불만을 제기하고 있다면 본래 불만을 제기한 사람의 허가를 받았는지 확인해 주세요			예*	아니 오
섹션 III: 타이틀 VI 또는 미국 장애인 복지법(American with Disabilities Act, ADA 차별 내용 진술				
나는 내가 겪은 차별이 다음에 근거한 것이라고 생각한다(해당되는 사안을 모두 선택).				
[] 인종 [] 피부색 [] 출신 국가 [] 미국 장애인법(ADA)				
차별 발생일 월 일 연도): _____				
무슨 일이 발생했는지 그리고 왜 귀하가 차별을 받았다고 생각하는지를 되도록 명확하게 설명해 주세요. 해당 사안에 연루된 모든 사람을 포함해 주세요. 귀하를 차별한 사람의 이름과 연락처 정보(알고 있는 경우), 그리고 목격자가 있다면 해당 목격자의 이름과 연락처 정보를 포함해 주세요. 작성하는 데 더 많은 공간이 필요하다면 이 양식의 뒷면을 이용하세요.				

섹션 IV		
기존에 본 기관에 타이틀 VI 불만을 제기한 적이 있나요?	예*	아 니
기존에 본 기관에 ADA 불만을 제기한 적이 있나요?		
섹션 V		
기존에 다른 연방이나 주, 지역 기관, 또는 연방주 법원에 불만을 제기한 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"라고 답했다면 아래에서 해당하는 항목을 모두 선택하세요. <input type="checkbox"/> 연방 기관 _____ <input type="checkbox"/> 연방 법원 _____ <input type="checkbox"/> 주 법원 _____ <input type="checkbox"/> 주 기관 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 지역 기관 _____		
불만을 제기한 적이 있는 기관 법원의 담당자에 대한 정보를 제공해 주세요.		
이름:	직함:	
기관:		
주소:		
전화번호:		
섹션 VI		
불만의 원인을 제공한 기관의 이름:		
담당자:		
직함:		
전화번호:		

귀하의 불만과 관련이 있다고 생각하는 서면 자료 또는 기타 정보를 첨부할 수 있습니다.

아래에 서명과 날짜를 기입해 주세요.

서명 _____ 날짜 _____

이 양식을 아래 주소로 직접 제출하거나 다음의 주소로 우편으로 발송해 주세요.

카운티	수신인	주소
Pierce, Kitsap, Clallam, Jefferson, Cowlitz, Wahkiakum, Clark, Skamania, Grays Harbor, Pacific, Lewis, Mason, Thurston	Jodie Moody	Catholic Community Services 1323 S Yakima Avenue Tacoma, WA 98405
King	Belina Van	100 23 rd Avenue South Seattle, WA 98144
Snohomish	Christina Robertson	Everett Family Center 1918 Everett Ave. Everett WA, 98201