

라미라다 시  
대중 교통 서비스  
제 6 장에 따른 항의서

연방 대중 교통 행정부(FTA)에 의해 요구되고 1964 년 공민권법 제 6 장이 정의하듯:

“미국에서 그 누구도 인종, 피부색 또는 출생국 때문에 연방 재정지원을 받는 그 어떠한 프로그램이나 활동에 참여에서 제외되거나 수혜 거절 또는 차별대우 받지 않는다.” (42 U.S.C. 2000d)

만약 인종, 피부색 또는 출생국 때문에 차별 대우의 대상이 되었다면 최대한 많은 상세 내용을 본 항의서에 기입해 주시길 바랍니다. 작성 완료된 항의서는 사고일 180 일 이내에 접수되어야 합니다. 만약 본 항의서를 작성하는데 도움이 필요하시다면 (562) 943-0131 로 시 서기관 사무실로 연락 주시기 바랍니다.

<b>제 1 항목:</b>
성명: _____
주소: _____
전화번호 (주택): _____      전화번호(핸드폰): _____
이메일 주소: _____
<b>제 2 항목:</b>
자신이 직접 이 항의 제기를 하시는 것입니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오
만약 “네”라고 답하였으면 제 3 항목으로 가 주십시오.
만약 “아니오” 라고 답하였으면:
항의 제기를 대신 해 주고 있는 사람의 이름과 그사람과의 관계를 써주십시오: _____
왜 제 3 자를 위해 항의 제기를 하게 되었는지 설명해 주십시오: _____
피해자 측의 허락을 받으셨습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오
<b>제 3 항목:</b>
다음의 이유로 차별 대우를 받았다고 생각합니다 (해당 사항을 모두 표시해 주세요):
<input type="checkbox"/> 인종 <input type="checkbox"/> 피부색 <input type="checkbox"/> 출생국 <input type="checkbox"/> 기타* _____
주장되고 있는 차별 대우 사고일 (월, 일, 연도): _____
*제 6 항에 비 해당되는 이유의 차별 대우에 대한 신고도 “제 6 항에 의거한 항의 제기 절차” 서류에 서술된 동일한 절차에 따라 조사될 것입니다.
(뒷장으로 이어집니다.)

최대한 명확하고 상세하게 어떤 일이 있었으며 어떤 이유로 귀하가 (또는 다른 사람이) 차별 대우를 받았다고 생각 되는지 써주십시오. 개입된 모든 사람에 대해 써주십시오. 차별 대우를 한 사람의 이름과 연락처 (만약 알고 있다면)와 목격자의 이름 및 연락처도 포함하십시오. 만약 더 많은 공간이 필요하시면 추가 용지를 첨부해 주십시오.

**제 4 항목:**

본 기관에 제 6 장에 의거한 항의를 전에 제기하신적이 있습니까?

네

아니오

**제 5 항목:**

본 항의서를 다른 연방, 주, 지역 기관 또는 연방이나 주 법원에 접수하십니까?  네  아니오

만약 “네”라고 답하였으면 해당 기관을 표시하여 주시고 기관명을 써주십시오:

연방 기관

\_\_\_\_\_

주정부 기관

\_\_\_\_\_

연방 법원

\_\_\_\_\_

주 법원

\_\_\_\_\_

지역 기관

\_\_\_\_\_

기타

\_\_\_\_\_

항의서가 접수된 기관/법원의 연락처와 담당자에 대한 정보를 제공하여 주십시오. (하나의 기관/법원 이상에 접수했다면 추가 용지 사용 바랍니다.)

성명: \_\_\_\_\_

직책: \_\_\_\_\_

기관: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

전화 번호: \_\_\_\_\_

귀하의 항의와 연관이 있다고 생각되는 기타 서면 자료나 정보를 첨부 하십시오. 서명과 날짜는 꼭 쓰셔야 합니다.

서명

날짜

본 항의서를 다음 주소로 직접 접수하시거나 우편으로 보내주십시오:

City Clerk's Office 시 서기관 사무실

City of La Mirada 라미라다 시

13700 La Mirada Boulevard, La Mirada, California 90638

(562) 943-0131