

항의 및 민원 신고서
미국 장애인 보호법
1973년 재활법 제 504 조

안내: 본 신고서의 모든 질문에 답을 하여 주십시오. 답을 쓰실 때에는 대문자를 사용하거나 타자로 작성을 권장합니다. 서명을 하신 후 마지막 장에 나와 있는 주소로 인편, 우편 또는 팩스나 이메일로 보내주시면 됩니다. 만약 본 신고서의 작성이나 접수 시 도움이 필요하시다면 본 신청서에 기재된 것처럼 ADA 코디네이터에게 연락하십시오.

1. 신고자: _____
주소: _____
도시명, 주명, 우편번호: _____
전화번호: 집: _____ 직장: _____

2. 차별을 받은 사람: (만약 신고자 본인이 아닌 경우): _____
주소: _____
도시명, 주명, 우편번호: _____
전화번호: 집: _____ 직장: _____

3. 차별을 가했다고 생각하시는 부서 또는 사람 (만약 알고계실시):
성명: _____
주소: _____
도시명, 주명, 우편번호: _____
전화번호: _____
주장되고 있는 차별대우는 언제 일어난 일인지요? 날짜: _____

4. 차별대우를 가한 사람(들)의 이름을 가능한 한 공개하시고 어떻게 차별대우를 하였는지 설명해 주십시오.

5. 본 민원의 해결을 위해 어떠한 사전 노력이 있었는지요?
예 _____ 아니요 _____

만약 "예" 라고 답하셨다면 어떠한 조치가 취해졌었고 현재 조치 현황은 무엇입니까?

6. 혹시 법무부나 기타 연방, 주 또는 지역 민권 사무소 및 법원과 같은 다른 부서에도 같은 민원을 제기하셨는지요?

예 _____ 아니오 _____

만약 "예" 라면:

사무소명 또는 법원: _____

연락처: _____

주소: _____

도시, 주, 우편번호: _____

전화번호: _____

7. 다른 사무소나 법원에 같은 민원을 제기하실 의사가 있으십니까?

예 _____ 아니오 _____

사무소명 또는 법원: _____

연락처: _____

주소: _____

도시, 주, 우편번호: _____

전화번호: _____

8. 추가 사항 또는 정보:

서명: _____ 날짜: _____

반송처:

Mark Stowell
ADA Coordinator and Public Works Director/City Engineer
City of La Mirada
13700 La Mirada Boulevard
La Mirada, California 90638
이메일: adacoordinator@cityoflamirada.org
전화번호 : (562) 902-2354 팩스: (714) 522-5800