앵커리지 메트로폴리탄 지역 교통 해결부(Anchorage Metropolitan Area Transportation Solutions, AMATS) 제 6 편 차별 민원 양식 (AMATS TITLE VI DISCRIMINATION COMPLAINT FORM)

AMATS 계획, 프로그램 또는 활동과 관련하여 인종, 피부색, 국적 또는 성별에 기반한 차별을 당한 경우 이 양식을 작성하여 민원을 제출해 주십시오. 반드시 이 양식을 사용해야 하는 것은 아닙니다. 하지만 **이 양식을 사용하는지 여부에 관계없이 별표 (*) 가 있는 항목은 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.**

***1. 본인의 이름과 주소를 기재해 주십시오 :**

이름: _____

주소: _____

_____

_____

전화 번호: 집: (_____) _____ 직장: (_____) _____

***2. 차별을 당한 사람 또는 사람들의 이름을 기재해 주십시오.**
차별을 당한 사람이 본인이 아닐 경우 :

이름: _____

주소: _____

_____

_____

전화 번호: 집: (_____) _____직장: (_____) _____

이 사람 또는 사람들과 본인의 관계를 기재해 주십시오 :

_____

***3. 차별을 행한 AMATS 관련 기관, 부서, 계획, 프로그램, 서비스, 활동 또는 개인의 이름을 기재해 주십시오 :**

_____

개인의 이름(알고 있을 경우):

이름: _____

주소: _____

_____

_____

전화 번호: (_____) _____

***4. 차별 사유가 무엇이라고 생각하는지 기재해 주십시오 ?**

_____인종/피부색: _____

_____국적: _____

_____성별: _____

_____종교: _____

_____나이: _____

_____장애: _____

5. 이번 민원에 관해 귀하에게 연락을 드릴 때 가장 편한 시간과 장소는 언제이고 어디입니까?

_____

_____

6. 귀하에게 직접 연락이 닿지 않을 경우, 귀하에게 연락할 수 있는 방법이나 민원에 관한 내용을 알려줄 수 있는 사람의 이름과 전화 번호를 기재해 주십시오 :

이름: _____

전화 번호: (_____) _____

7. 이번 민원과 관련된 사안에 대해 귀하를 대변할 변호사를 선임하신 경우, 다음 내용을 기재해 주십시오 :

변호사 이름: _____

변호사 주소: _____

_____

_____

변호사 전화 번호: (_____) _____

***8. 차별이 발생한 날짜를 최대한 기억하여 기재해 주십시오 ?**

가장 먼저 차별이 발생한 날짜: _____

가장 최근에 차별이 발생한 날짜: _____

***9. 무슨 일이 발생했는지, 이 일이 발생한 이유가 무엇인지, 또 어떻게 차별을 당했다고 생각하는지에 대해 최대한 분명하게 설명해 주십시오. 관련된 사람을 기재해 주십시오. 다른 사람은 나와 어떻게 다른 대우를 받았는지 설명해 주십시오. (필요할 경우 추가 용지를 사용하고 이번 사건에 관한 서면 자료를 첨부하셔도 됩니다).**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10. 현재 시행 중인 차별금지법상, AMATS 를 통한 프로그램으로 연방 지원금을 받는 사람은 이 법에 의해 규정된 권리를 수호하기 위해 조치를 취하거나 소송에 참여한 사람에게 협박 또는 보복하는 행위가 금지되어 있습니다. 귀하가 보복을 당했다고 판단될 경우, 아래에 해당 상황을 설명해 주십시오(9 번 항목에 기재한 차별과는 별도임). 귀하가 취한 조치 중 무엇이 보복의 근거가 되었다고 생각하는지 설명해 주십시오.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

11. 민원을 뒷받침하거나 분명히 할 추가 정보를 가지고 있는 사람(증인, 동료 직원, 상급자 등)이 있을 경우,그 사람에게 연락할 수 있도록 아래에 정보를 기재해 주십시오.

이름 / 주소 / 지역 번호를 포함한 전화 번호:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

12. 차별 사건을 조사할 때 도움이 될 수 있다고 생각하는 추가 정보가 있으십니까?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

13. 차별에 대해 어떠한 구제책을 찾고 계십니까?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

14. 이번 민원과 관련하여 발생한 사안에 대해 다른 기관(예: 지역 평등권 위원회(Municipal Equal Rights Commission), 지역 기회 평등 사무소(Municipal Office of Equal Opportunity), ADOT&PF 민권 사무소(ADOT&PF Civil Rights Office), 연방 고속도로국(Federal Highway Administration), 연방교통국(Federal Transit Administration), 민권 관련 미국 사법부(U.S Department of Justice Office for Civil Rights) 또는 연방 또는 주 법원(Federal or State Court))에 고소 또는 소송을 제기했거나 제기할 의향이 있으십니까?

예_____ 아니오_____

어느 기관과 부서 또는 프로그램에 대해 고소나 소송을 제기하셨습니까?

_____

주소: _____

_____

_____

전화 번호: (_____) _____

접수일: _____

소송, 케이스 또는 도켓 번호:
_____

공판/심리일: _____

법원/위치: _____

조사관 이름: _____

케이스 상태: _____

무엇에 관한 소송인지 간단히 설명해 주십시오 ?

_____

_____

_____

_____

_____

어떠한 결과가 있었습니까? 얼마든지 추가 용지를 사용하여 현재 상황을 설명하셔도 됩니다.

_____

_____

_____

_____

_____

15. 이 소송을 제기할 수 있다는 사실을 어떻게 알게 되셨습니까?

_____

_____

***16. 서명이 없을 경우 민원이 접수되지 않습니다. 아래에 서명하고 날짜를 기재해 주십시오.**

_____ _____

(서명) (날짜)

양식을 작성한 후 기록용으로 사본을 보관해 주십시오.

작성, 서명된 제 6 편 차별 민원 양식은 다음 주소로 보내 주십시오 :

AMATS Title VI Coordinator
Municipality of Anchorage Community Development Department
Transportation Planning Section
P.O. Box 196650
Anchorage, AK 99519