

차별 불만 제기

이름	프로그램 유형
거리 주소	사례 번호
시, 주, 우편 번호	전화 번호

본인은 다음과 같은 근거로 차별을 받았다고 생각합니다:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ 출신 국가 | ☐ 성별 | ☐ 질병 |
| ☐ 피부색 | ☐ 성 정체성 | ☐ 유전 정보 |
| ☐ 인종 | ☐ 성 표현 | ☐ 종교 |
| ☐ 혈통 | ☐ 성적 지향 | ☐ 소속 정당 |
| ☐ 인종 집단 | ☐ 결혼 상태 | ☐ 장애 |
| ☐ 연령 | ☐ 동거 동반자관계 | ☐ 기타 적용 가능한 근거 _____ |

차별한 사람의 이름	직책	발생일	발생 장소 및 기관

귀하가 차별을 받았다고 믿게 한 행동(들)을 귀하 자신의 말로 기술하세요.

--

어떤 해결 방법을 원하는지 표시하세요.

--

--

본인은 위의 정보가 본인이 알고 믿는 한도 내에서 사실이며 완전하다는 것을 알고 있습니다.

- ☐ 본인은 본인의 이름 또는 기타 개인 식별 정보의 공개에 동의하지 않습니다. 본인은 정보의 공개를 거부한 결과로 이 불만 제기가 조사되지 않을 수 있다는 것을 이해합니다.
- ☐ 이 불만 제기에 서명함으로써, 본인은 CDSS 민권국 (CRB)이 관련 연방 및 주 법률 및 규정에 따라 조사 중인 조직 또는 기관의 사람에게 본인의 신원과 기타 개인 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 이에 CRB가 신청서, 사례 파일, 개인 기록 및 의료 기록을 포함하되 이에 국한되지 않는 자료 및 정보를 수취하는 것을 승인합니다. 자료 및 정보는 승인된 민권 준수 및 집행 활동에 사용될 것입니다. 본인은 이 공개를 승인할 의무가 없으며 자발적으로 이를 승인하는 것임을 알고 있습니다.

불만제기자의 서명	날짜
-----------	----