MARYLAND DEPARTMENT OF TRANSPORTATION

메릴랜드 주 운수부

타이틀 VI 불만 제기 양식

섹션 I				
이름:				
주소:				
전화번호(집)		전화번호(직장):		
이메일 주소:				
원하는 접속 형식은 어떤 것입니까?	큰 활자체		음성 테이프	
	TDD		기타	
섹션 II				
자신을 위해 이 불만 제기 양식을 작성하십니까?		예*	아니요	
*이 질문에 "예"라고 응답하셨으면 섹션 III 으로 가십시오.				
그렇지 않으면, 불만을 제기하는 사람의 이름과 관계를 적어 주십시오:				
왜 제삼자를 위해 불만 제기 서류를 접수하였는지 설명해 주십시오:				
제삼자를 위해 불만을 제기하는 경우라면 피해 당사자의 허락을 받았음을 확인하여 주십시오.		예	아니요	
섹션 III				
본인은 본인이 경험한 차별의 이유가 다음에 있었다고 믿고 있습니까? (해당하는 모두에 표시해 주십시오):				
[ ] 인종	[ ] 피부색	[ ] 국적		
차별을 받았음을 주장하는 날짜(월, 일, 연도): _____				
어떤 일이 발생하였는지 와 차별을 받았다고 생각하시는 이유를 가능한 최대로 명확하게 설명해 주십시오. 관계된 모든 사람에 관해 기술하여 주십시오. 차별한 사람(들)의 이름과 연락 정보를(아는 경우)뿐만 아니라 해당하면 모든 증인의 이름과 연락처도 기록하십시오. 더 많은 공간이 필요하면 이 양식 뒷면을 사용하십시오.				

MARYLAND DEPARTMENT OF TRANSPORTATION

메릴랜드 주 운수부

타이틀 VI 불만 제기 양식 – 2 페이지

섹션 IV		
이전에도 이 기관에 타이틀 IV 불만 제기를 하신 적이 있습니까?	예	아니요

섹션 V	
다른 연방, 주, 또는 지역 내 기관이나 연방 법원 또는 주 법원에 대해 타이틀 IV 불만 제기를 접수하신 적이 있습니까?	
[ ] 예 [ ] 아니요	
만약 예이면, 해당하는 모든 것에 표시하십시오:	
[ ] 연방 기관:	[ ] 주 기관:
[ ] 연방 법원:	[ ] 지역 내 기관:
[ ] 주 법원:	
불만 제기가 접수된 기관이나 법원의 담당자 연락처 정보를 제공하여 주십시오.	
이름:	
직함:	
기관:	
주소:	
전화번호:	

섹션 VI
불만 제기 대상 기관의 이름:
담당자 연락처:
직함:
전화번호:

귀하의 불만 제기와 관계가 있다고 생각되는 모든 서면 자료나 기타 정보를 첨부하실 수 있습니다.

아래 서명과 날짜는 필수 사항입니다.

_____ _____

서명 날짜

이 양식은 인편으로 직접 제출하시거나 다음 주소로 우편으로 보내 주십시오:

Maryland Department of Transportation
Title VI Program Manager
Office of Diversity and Equity
7201 Corporate Center Drive
Hanover, Maryland 21076