



보건 복지부 (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, HHS)
 민권 담당국 (OFFICE FOR CIVIL RIGHTS, OCR)

승인 양식: OMB No. 0990-0269.
 뒷면의 OMB 진술을 참조하십시오.



차별 항의서

이 양식에 관해 질문이 있으시면, 다음의 (무료) 전화번호로 OCR에 전화하십시오:
 1-800-368-1019 (모든 언어) 또는 1-800-537-7697 (TDD)

작성자 이름 (피스트 네임)		작성자 성 (라스트 네임)	
자택 전화 ()		직장 전화 ()	
주소 (거리 이름과 번지 및 아파트 호수)			시
주	우편번호	이메일 주소 (있는 경우)	

다른 사람을 위해 이 항의서를 작성하고 계십니까? 예 아니오
 “예”인 경우, 누가 차별을 받았다고 생각하십니까?
 이름 (피스트 네임) _____ 성 (라스트 네임) _____

나는 내가 (또는 다른 사람이) 다음으로 인해 차별을 받았다고 생각합니다:
 인종 / 피부색 / 출신국가 연령 종교 성별 (남자/여자)
 장애 기타 (구체적으로): _____

누가 귀하(또는 다른 사람)을 차별했다고 생각하십니까?
 개인/기관/단체 _____

주소 (거리 이름과 번지 및 아파트 호수)		시
주	우편번호	전화 ()

언제 차별 행위가 발생했다고 생각하십니까?
 날짜(들)을 적으십시오 _____

무슨 일이 일어났는지 간략하게 적어주십시오. 귀하(또는 다른 사람)가 어떻게, 왜 차별을 받았다고 생각하십니까? 가능한 한 상세히 적어주십시오. (필요한 경우, 페이지를 추가해 첨부해 주십시오)

이 항의서에 서명하고 날짜를 적으십시오.
 서명 _____ 날짜 _____

OCR에 항의서를 제출하는 것은 자유 의사에 의한 것입니다. 그러나 위에 요청된 정보 없이는 OCR이 항의 절차를 진행할 수 없습니다. 저희가 이 정보를 수집하는 것은 1964년 민권법 제6편(Title VI), 1973년 재활법 제504조 및 기타 민권법의 법령에 근거한 것입니다. 저희에게 제공해 주시는 정보는 저희가 귀하의 항의에 관해 관할권이 있는지 여부를 결정하고, 관할권이 있는 경우 이를 어떻게 처리해야 할 것인가를 결정하는 데 이용하게 됩니다. 이 양식에 기재된 정보는 기밀로 간주되며 1974년 사생활 보호법의 규정에 의해 보호됩니다. 이름이나 기타 개인을 식별할 수 있는 정보는 발생했을 수 있는 차별에 대한 조사나 내부 조직 운영, 또는 일상적인 이용에 필요한 경우 공개되며, 이러한 공개에는 민권법의 준수와 관련된 목적을 위해, 그리고 법률에 의해 허용되는 한도 내에서 저희 부서 외부로 정보를 공개하는 것이 포함됩니다. HHS로부터 연방 재정 지원을 받는 수취인/기관이 이 항의서를 작성하거나 연방 민권법에 따른 귀하의 권리를 행사하기 위해 기타 조치를 취하는 것에 대해 귀하를 위협, 협박, 강제, 차별 또는 보복하는 행위는 불법입니다. 반드시 이 양식을 이용해야 하는 것은 아닙니다. 동일한 내용의 편지를 쓰거나 전자적인 형태로 항의서를 제출하셔도 됩니다. 전자적인 형태로 항의서를 제출하시려면 저희 웹 사이트 www.hhs.gov/ocr/discrimhowtofile.html로 가십시오. 항의서를 우송하시려면 뒷면의 지역별 OCR 주소를 참조하십시오.

(이 양식의 나머지 정보에 대한 제공은 선택 사항입니다. 이 선택 응답 질문에
답하지 않더라도 귀하의 항의서 처리에 대한 OCR의 결정에는 아무런 영향이 없습니다.)

저희가 이 항의서와 관련하여 귀하와 의사소통 할 때 특별히 편의를 봐드려야 할 필요가 있습니까 (해당되는 것에 모두 체크하십시오)?

- 점자 대형 글자체 카세트 테이프 컴퓨터 디스켓 전자 우편 TDD
 수화 통역사 (언어를 지정하십시오): _____
 외국어 통역사 (언어를 지정하십시오): _____ 기타: _____

귀하에게 직접 연락이 되지 않는 경우, 연락되도록 도와줄 수 있는 연락자가 있습니까?

이름 (퍼스트 네임)		성 (라스트 네임)
자택 전화 ()		직장 전화 ()
주소 (거리 이름과 번지 및 아파트 호수)		시
주	우편번호	이메일 주소 (있는 경우)

다른 곳에 항의서를 제출하셨습니다가? 제출하신 경우, 다음 정보를 제공해 주십시오. (필요한 경우, 페이지를 추가해 첨부해 주십시오.)
사람 / 기관 / 단체 / 법원 이름(들)

제출 날짜(들)	케이스 번호(들) (있는 경우)
----------	-------------------

저희가 공중에게 보다 나은 서비스를 제공해 드릴 수 있도록, 차별을 받았다고 생각되는 사람(귀하나 귀하가 대신 항의서를 제출하고 있는)에
대하여 다음 정보를 제공해 주십시오.

민족 (하나를 선택하십시오)	인종 (하나 또는 그 이상을 선택하십시오)		
<input type="checkbox"/> 라틴 아메리카계	<input type="checkbox"/> 미국 원주민 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 도서인
<input type="checkbox"/> 비 라틴 아메리카계	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로): _____

모국어 (영어가 아닌 경우)	민권 담당국에 관해 어떻게 아셨습니까?
-----------------	-----------------------

**항의서를 우송하시려면 타자로 치거나 알기 쉽게 인쇄체로 써서 작성된 항의서를
주장된 차별이 발생한 지역의 OCR 지역 사무국의 주소로 보내십시오.**

<p align="center">지역 I - CT, ME, MA, NH, RI, VT</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services JFK Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203 전화: (617) 565-1340; TDD: (617) 565-1343 팩스: (617) 565-3809</p>	<p align="center">지역 V - IL, IN, MI, MN, OH, WI</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 233 N. Michigan Ave -Suite 240 Chicago, IL 60601 전화: (312) 886-2359;TDD: (312) 353-5693 팩스: (312) 886-1807</p>	<p align="center">지역 IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, 미국령 태평양 도서 관할권</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 전화: (415) 437-8310;TDD: (415) 437-8311 팩스: (415) 437-8329</p>
<p align="center">지역 II - NJ, NY, PR, VI</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 26 Federal Plaza - Suite 3313 New York, NY 10278 전화: (212) 264-3313;TDD: (212) 264-2355 팩스: (212) 264-3039</p>	<p align="center">지역 VI - AR, LA, NM, OK, TX</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169 Dallas, TX 75202 전화: (214) 767-4056; TDD: (214) 767-8940 팩스: (214) 767-0432</p>	
<p align="center">지역 III - DE, DC, MD, PA, VA, WV</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 전화: (215) 861-4441;TDD: (215) 861-4440 팩스: (215) 861-4431</p>	<p align="center">지역 VII - IA, KS, MO, NE</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 601 East 12th Street - Room 248 Kansas City, MO 64106 전화: (816) 426-7277; (816) 426-7065 (TDD) 팩스: (816) 426-3686</p>	<p align="center">지역 X - AK, ID, OR, WA</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 전화: (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD) 팩스: (206) 615-2297</p>
<p align="center">지역 IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70 Atlanta, GA 30323 전화: (404) 562-7886; TDD: (404) 331-2867 팩스: (404) 562-7881</p>	<p align="center">지역 VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY</p> <p>Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1961 Stout Street - Room 1426 Denver, CO 80294 전화: (303) 844-2024; TDD: (303) 844-3439 팩스: (303) 844-2025</p>	

작성 시간에 관한 진술

이 항의서에 기입할 정보 수집을 위한 보고에 드는 작성 시간은 작성방법 읽기, 필요한 자료 수집, 정보 기입 및 작성된 항의서에 대한 검토를 포함하여 매 양식에 대한 응답에 평균 45분이 소요되는 것으로 평가됩니다. 유효한 관리 번호가 나와 있지 않은 한, 기관은 정보를 수집하거나 다른 기관의 정보 수집을 도와줄 수 없으며, 개인은 정보 수집에 응해야 할 의무가 없습니다. 작성 소요 시간을 줄이는 방법에 관한 제안 등 이 추정된 작성 소요 시간이나 기타 이 정보 수집에 관해 의견이 있으시면, 다음으로 보내주시기 바랍니다: HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave., S.W., Room 531H, Washington, D.C. 20201.