

- ✓ 장애가 있는 자격을 갖춘 사람들의 필요에 맞게 가장 차별이 없는 환경에서 서비스와 프로그램을 제공해야 합니다.
- ✓ 프로그램이나 활동을 근본적으로 수정해야 하는 경우가 아닌 한, 장애로 인한 차별이 없도록 정책, 관행, 절차를 합리적인 범위 내에서 변경해야 합니다.
- ✓ 장애자들이 건물에 출입하지 못해서 서비스를 받지 못하거나 프로그램이나 활동에 참여하지 못하는 일이 없도록 해야 합니다.
- ✓ 듣기, 보기 또는 말하기 기능에 장애가 있는 사람들과 효과적으로 의사소통을 하는데 필요한 경우, 장애자들에게 부가적인 비용 부담이 없이 보조적인 도움을 제공해야 합니다. (보조적인 도움에는 다음과 같은 서비스나 장치들이 포함됩니다: 자격있는 통역사, 듣기용 보조 헤드폰, 텔레비전 자막처리와 해독기, 청각 장애자용 원격통신 기기(TDD), 비디오 텍스트 디스플레이, 판독기, 테이프 텍스트, 점자화된 자료, 큰 글자로 인쇄된 자료.)

민권 담당 사무소 (OCR)에 항의를 제출할 수 있는 사람

보상 받는 기관들이 운영하는 건강 또는 복지 프로그램이나 활동에서 자신이나 특정의 개인 또는 집단이 장애로 인해 차별을 받았다고 믿는 사람은 민권 담당 사무소에 항의를 제출할 수 있습니다. 항의는 차별이 발생된 것으로 주장되는 날짜로부터 180일 이내에 제출되어야 합니다. “충분한 이유”를 증명할 수 있는 경우, 민권 담당 사무소는 180일의 마감일을 연장할 수 있습니다.

서면 항의에 다음을 포함시키거나, 민권 담당 사무소 지역 또는 본부 사무국에 차별 항의서(Discrimination Complaint Form)를 요청하십시오 (항의 청구자나 권한이 부여된 대리인이 항의서에 반드시 서명해야 합니다):

- 이름, 주소 및 전화번호.
- 차별 행위를 했다고 믿는 제공자나 기관의 이름과 주소.
- 차별을 받은 방법, 이유, 시기.
- 기타 관련 사항.

항의서를 적절한 민권 담당 사무소 지역 사무국의 지역 관리자나 아래에 나와 있는 주소로 보내십시오. 민권 담당 사무소는 항의서를 받은 후, 제공된 사항들을 검토합니다. OCR에서 항의를 조사할 권한이 없다고 판단되는 경우에는, 가능하면 이것을 적절한 기관으로 위탁합니다. 장애로 인해 한 개인에게 고용 차별이 일어났다고 주장되는 항의서는 미국 평등 고용 기회 위원회 (U.S. Equal Employment Opportunity Commission) 으로 회부되어 처리될 수도 있습니다.

개인은 ADA의 제II편에 의거한 자신의 권한을 행사하기 위해 공공 기관을 상대로 소송을 제기해서, 금지명령 구제, 피해보상 및 합리적인 범위 내의 변호사 비용을 받을 수도 있습니다.

보다 자세한 사항에 대해서는 다음으로 연락하십시오:

**Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW-Room 509-F
Washington, D.C. 20201**

긴급 비상용 직통전화: 1-800-368-1019(음성) 1-800-537-7697 (청각 장애자용 원격통신)

전자우편: ocrmail@hhs.gov

웹 사이트: <http://www.hhs.gov/ocr>