Office of Justice and Civil Rights (OJCR)

OJCR 불만 처리 요청

OJCR Complaint Request

지침: 시민권 관련 불만이 있다면 귀하께서 하실 수 있는 최선의 범위 내에서 본 양식을 작성하셔서 이메일 iraucomplaints@dshs.wa.gov 를 통해 OJCR 에 제출해주십시오.

일반적인 질문이 있거나 OJCR 팀과 상담을 하시려면 망설이지 마시고 다음 방법 중 한 가지를 이용하여 연락해주십시오.

이메일: OJCR@dshs.wa.gov

우편 주소: DSHS Justice and Civil Rights
PO Box 45131
Olympia WA 98504-5105

팩스: (360) 902-7540

전화: 800-737-0617 옵션 5 ((360) 902-7998)
TTY/TDD 사용자는 711 또는 1-800-833-6384 로 전화해서 워싱턴 중계 서비스(Washington Relay Service)를 요청하십시오.

불만 제기자 정보		
성	이름	중간 이름 이니셜
귀하는 다음에 해당하십니까? ☐ 직원 또는 ☐ 비직원		
이메일 주소	전화번호(지역번호 포함)	
불만을 제출한 사람(불만 제기자가 아닌 경우)		
성	이름	중간 이름 이니셜
귀하는 다음에 해당하십니까? ☐ 직원 또는 ☐ 비직원		
이메일 주소	전화번호(지역번호 포함)	
귀하를 차별한 사람		
성	이름	중간 이름 이니셜
공식 DSHS 직함 및 프로그램 지정(알고 있는 경우)		
이 사람은 ☐ 직원입니까? **또는** ☐ 비직원입니까?		
이메일 주소	전화번호(지역번호 포함)	
불만 요약		
어떤 근거로 차별이 발생했다고 생각하십니까? ☐ 나의 고용 ☐ DSHS 에서 받은 서비스		
행위 / 사건 발생 날짜		

행위나 사건에 대해 간략히 설명해주십시오.
해당 행위나 사건 목격자의 이름, 위치 정보, 연락처 정보를 제공해주십시오.

사유

귀하께서 불만에 적용되는 것으로 생각하시는 사유를 선택해주십시오.

☐ **연령:** 본인은 40 세 이상입니다
☐ **피부색**
☐ **장애(Disability)**
☐ **유전자 정보, 본인의 가족 병력, 본인의 유전학 서비스 참여**, 상담, 교육 또는 검사 등
☐ **출신 국적 및/또는 민족**
☐ **인종(Race)**
☐ **종교(Religion)**
☐ **성별**(임신, 성 지향성, 성 정체성 포함)
☐ **보복:** 본인은 위와 관련하여 고용 차별 주장을 제기합니다
☐ **보복:** 본인은 정부 기관에 연락하여 고용 차별에 대한 불만을 제기했습니다
☐ **보복:** 본인은 본인의 고용주에게 고용 차별에 대해 불만을 제기했습니다
☐ **보복:** 본인은 다른 사람의 고용 차별에 도움을 주었거나 이를 목격했습니다
☐ **괴롭힘:** 인종, 피부색, 종교, 성별, 출신 국적, 연령, 장애, 유전자 정보를 이유로 한 부당한 행위
☐ **성희롱**
☐ **모유수유**
☐ **제대 군인**
☐ 기타

귀하의 불만과 관련이 있다고 생각하시는 문서 또는 기타 관련 정보(사진, 이메일 등)를 첨부해주십시오.

DSHS 직원: 귀하께서 직장 내 안전을 우려하시는 경우, DSHS가 귀하의 우려 사항을 해결하기 위한 안전 계획을 마련해드릴 수 있다는 점을 알려드립니다. 여기에 무엇이 포함되는지 자세한 정보를 받아보시려면 저희 행정국에서 지정한 인사 비즈니스 파트너(HRBP)에 문의해주십시오.