

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

고객 불만 정보 양식

불만 제기 번호:

안내: 불만 사항이 있으시면, 이 양식을 작성하여 커리어 센터 직원에게 제출하십시오. 차별에 대한 불만 사항일 경우, 이 양식을 커리어 센터 평등 기회 담당관에게 제출하거나 다음 주소로 보내야 합니다: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.** 필요한 경우, 불만 사항에 대한 별도의 페이지나 서류를 첨부하십시오.

1. 불만 호소인 (본인의 정보 기재)

이름 _____ 중간 이름 _____ 성 _____

주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

대체 주소 (해당하는 경우) _____

소셜 시큐리티 번호 (선택 사항) _____ 자택 전화 (_____) _____ 대체 전화 (_____) _____

이메일 주소 _____

이 불만 사항에 대해 연락받을 때 가장 편리한 시간대와 방법은 무엇입니까? _____

본인은 이 불만 사항과 관련된 정보를 다음과 같이 공유하는 것에 동의합니다: (귀하의 불만 사항에 관한 정보를 받을 수 있는 가족, 친구 등의 이름을 기재하십시오.) _____

2. 불만 제기 대상 (귀하의 불만 제기 대상 정보 기재)

귀하가 불만을 제기하는 기관, 기업 또는 직원: _____

주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (_____) _____

2a. 불만의 대상이 커리어 센터입니까? 예 아니요

예라고 답한 경우, 불만 관련 항목 교육 고객 서비스 기타 _____

2b. 불만의 대상이 기업입니까? 예 아니요

예라고 답한 경우, 커리어 센터 직원으로부터 이 기업을 추천받으셨습니까?

예 아니요 예라고 답한 경우, 그 시기가 언제입니까? _____

2c. 불만의 대상이 농장입니까? 예 아니요

2d. 불만 사항 내용은 무엇입니까? (해당하는 내용에 모두 체크)

급여/미지급 급여 아동 노동 안전 및 보건 근로 조건 주택 교통

식사 살충제 기타 _____

2e. 불만 사항이 차별에 관한 것입니까? 예 아니요

3. 불만 사항을 간단히 기술하십시오. 최대한 명확하게 기술하십시오. 차별을 받았다고 생각하는 경우, 어떤 일이 발생했는지 자세히 기술하십시오.

a. 무슨 일이 있었습니까? _____

b. 관련된 사람은 누구입니까? (목적자, 동료, 관리자 등) 이름과 주소, 전화번호를 아는 경우 기재하십시오. _____

c. 언제 어디서 이 일이 발생했습니까(날짜 포함)? _____

d. 다르게 대우받았다고 생각하는 경우, 자세히 기술하십시오. _____

4. 고용 서비스를 제공받았습니까? 예 아니요

5. 이 불만 사항을 어떻게 해결하고 싶으십니까? _____
