

# WE ARE YOUR DOL



Division of Equal Opportunity Development

## 미국 장애인법 고소장 양식

이 양식을 사용하여 서비스, 활동, 프로그램 또는 혜택 제공에 있어 장애 때문에 발생한 민원을 제기하시기 바랍니다.

이 양식을 NYS 노동부(DOL)의 합리적 편의 제공(DRA) 대리인(평등 기회 개발부(DEOD) 국장)의 ADA 조정관에게 제출하십시오. ADA 코디네이터/DRA(DEOD 국장)의 연락처 정보는 [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)에서 찾을 수 있습니다.

### 원고 정보:

이름: \_\_\_\_\_

집 전화: \_\_\_\_\_ 휴대전화: \_\_\_\_\_

집 주소: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

### 1. 해당 청구의 피고:

주 당국: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

직함: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_

### 2. 고소인이 이의를 제기한 상황의 위치 및 날짜:

이의 제기 상황이 계속되고 있습니까?       예       아니오

3. 서비스, 활동, 프로그램 또는 혜택에 대한 거부 혐의와 그 행위가 차별적이라고 결론 지은 이유를 기술하십시오. 참관인의 이름이 있는 경우 이를 포함하고 가능한 경우 증빙 자료를 첨부하십시오.

4. A. 본 고소 건과 관련해 연방, 주 또는 지방 정부 당국에 소송을 제기하셨습니다가?

예  아니오

B. 고소장에 있는 소송과 관련하여 변호사를 고용하셨습니다가?

예  아니오

C. 이 고소 건과 관련해 법적 소송이나 법원 조치를 취하셨습니다가?

예  아니오

5. 이 고소장 양식의 작성자:

ADA 조정관  고소인

서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_