



설명: 이 양식을 완전하게 입력하십시오. 응답 작성 시 정자체 기입이나 타이핑을 권장합니다. 서명한 양식을 마지막 페이지에 나와 있는 주소나 이메일, 팩스로 보내시거나 직접 제출하셔도 됩니다. 이 양식의 기입이나 제출에 도움이 필요하시면 이 양식에 나와 있는 ADA 코디네이터에게 문의하십시오.

1. 신고인	
거리 주소	전화: 집
	전화: 직장
2. 차별당한 개인: (신고인 이외의 개인)	
거리 주소	전화: 집
	전화: 직장
3. 귀하가 차별당했다고 생각하는 부서 혹은 개인(아는 경우):	
거리 주소	전화: 집
	차별이 발생한 시기? 날짜:
4. 차별 행동을 기술하며 해당되는 경우 차별한 개인의 이름(들)을 제공합니다:	
5. 이 고충 신고의 해결을 위한 노력이 있었습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오	
예인 경우, 어떠한 노력이 있었으며 고충의 현재 상태는?	
6. 법무부나 다른 연방, 주, 지방의 인권 기관이나 법원과 같은 또 다른 부서에 본 고충을 제기했습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오	
기관 또는 법원	연락처
거리 주소	전화
	제기 날짜
7. 다른 기관이나 법원에 제기할 의향이 있습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오	
기관 또는 법원	연락처
거리 주소	전화
	제기 날짜
8. 추가의 의견이나 정보	
서명	날짜

반송: ADA/Section 504 Coordinator - City of Downey, 11111 Brookshire Avenue, Downey, CA 90241
이메일: ADACoordinator@downeyca.org 전화: (562) 299-6619 팩스: (562) 923-6388