

고용창출부 차별 불만 제기 양식

이 서식을 사용해 고용창출부(EDD)에 차별 불만 사항을 제기하십시오. 차별 불만 제기 양식을 제출하려면 이 양식을 작성해 평등한 고용 기회(EEO) 사무실에 발송해 주십시오.

우편: Employment Development Department
Equal Employment Opportunity Office
PO Box 826880, MIC 49
Sacramento, CA 94280-0001

팩스: 1-916-654-9371

수신인: Equal Employment Opportunity Office

1. 불만 제기자 정보:	
성명: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 이메일: _____ 주: _____ 우편 번호: _____	자택 전화: _____ 업무 전화: _____ 휴대 전화: _____

2. 불만 제기자 연락처 정보:						
이 불만 제기에 대한 통화를 위해 업무 시간(오전 8 시~오후 5 시) 중 연락이 편리한 시간은 언제입니까?						
요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	
시간						
전화번호						

3. 귀하에 대해 차별 행위를 행한 것으로 주장하는 개인에 대한 연락처 정보:		
해당 개인이 근무하는 조직의 이름을 작성해 주십시오:		
귀하에 대한 차별 행위를 행한 사람의 성명:		
개인/조직의 주소:		
시:	주:	우편 번호:
전화:		
최초 발생일:		가장 최근 발생일:

4. 발생한 사건에 대해 설명해 주십시오:

- 무슨 일이 있었는지와 어떤 방식으로 차별을 당했는지 설명해 주십시오.
- 사건이 발생한 날짜를 작성해 주십시오.
- 귀하에 대한 차별 행위를 행한 사람을 기재해 주십시오. 가능하면 성명과 직책을 포함해 주십시오.
- 다른 사람이 귀하와 다르게 대우받았을 경우 어떤 방식으로 다르게 대우받았는지 설명해 주십시오.
- 귀하의 불만 사항에 대해 더욱 깊이 이해할 수 있도록 도움이 될 만한 서류를 첨부해 주십시오.

5. 불만 사항을 뒷받침하거나 명확히 할 수 있도록 연락할 수 있는 사람(증인)을 아래에 기재해 주십시오.

성명	주소	전화

6. 차별의 근거:

- 성별, 인종, 피부색, 출신 국가, 장애 여부 등 본인이 경험한 차별의 유형을 체크 표시해 주십시오.
- 한 가지 이상의 근거가 포함되는 경우 하나 이상의 상자에 체크 표시할 수 있습니다:

<input type="checkbox"/> 나이 - <i>생년월일</i> :	<input type="checkbox"/> 시민권 또는 외국인 미국 근로자로서의 신분
<input type="checkbox"/> 피부색	<input type="checkbox"/> 장애
<input type="checkbox"/> 출신 국가(영어 능숙도 포함)	<input type="checkbox"/> 정치적 성향 또는 신념
<input type="checkbox"/> 보복	<input type="checkbox"/> 종교
<input type="checkbox"/> 인종 - <i>인종 명사</i> :	<input type="checkbox"/> 성적 괴롭힘
<input type="checkbox"/> 성별(임신, 출산, 관련 질병, 성별 유형화, 트랜스젠더 상태, 성 정체성/표현 포함)	<input type="checkbox"/> 성적 지향
	<input type="checkbox"/> 기타(<i>구체적으로 기재</i>):

7. 이전에 해당 개인/조직에 대해 불만 사항을 제기한 적이 있습니까?

예 아니요

예인 경우 아래 질문에 답변해 주십시오.

a. 불만 제기가 서면으로 이루어졌습니까? 예 아니요

b. 불만 사항을 제기한 날짜는 언제입니까?

c. 불만을 제기한 사무소의 이름:

주소:

시: 주: 우편 번호:

전화번호: 연락 담당자(*알려진 경우*):

d. 최종 결정 또는 보고서를 받았습니까? 예 아니요
“예”에 표시한 경우 불만 제기 양식의 사본을 첨부해 주십시오.

8. 개인 대리인을 선택해 주십시오:

- 이 불만 제기를 진행하는 데 있어 본인을 대리할 사람을 선택할 수 있습니다. 이러한 대리인은 친척, 친구, 노조 담당자, 변호사 또는 기타 개인이 될 수 있습니다.
- 본인을 대리할 다른 사람을 지정하는 경우 모든 연락은 대리인을 통해 전달됩니다.

이 불만 제기를 처리하는 데 있어 개인 대리인에게 권한을 위임하시겠습니까? 예 아니요

예인 경우 아래 섹션을 작성해 주십시오. 아니요인 경우 섹션 9로 이동해 주십시오.

개인 대리인 권한 위임

본인은 아래에 정한 개인이 본 불만 제기에 대한 중재, 합의 회의 또는 조사 등의 사안에서 본인의 개인 대리인으로서 행위할 수 있도록 권한을 위임합니다.

성명:

본인은 불만 제기자를 대리하는 변호사입니다. 본인은 불만 제기자를 대리하는 변호사가 아닙니다.

우편 주소:

시: 주: 우편 번호:

전화: 팩스:

이메일:

9. 중재라고도 불리는 대체적 분쟁 해결(ADR).

고지: 해당 사안을 중재하고자 하는지 반드시 명시해야 합니다. 귀하가 선택하기 전까지 EEO 사무소는 불만 사항에 대한 처리를 진행할 수 없습니다. 아래 공간에 **예** 또는 **아니요**를 표시해 주십시오.

- 중재는 불만 제기 사항 조사를 대체할 수 있는 방법입니다.
- 양 당사자 모두 중재로 인해 잃게 되는 것은 없습니다.
- 불만 제기의 양 당사자는 사실을 검토하고 사실에 대한 의견을 논의하며 양 당사자에게 만족스러운 합의에 도달하기 위해 노력합니다.
 - 중재 합의는 귀하에 대해 차별 행위를 행한 개인/조직의 면죄가 아닙니다.
 - 중재는 숙련되고 자격을 갖춘 공정한 중재자가 진행합니다.
 - 귀하(또는 귀하의 개인 대리인)은 만족스러운 합의를 협상할 수 있는 통제권이 있습니다.
 - *합의 조항에는 불만 제기자와 귀하에 대한 차별 행위를 행한 개인/조직이 서명합니다.*
 - *합의는 양 당사자에 대한 법적 구속력을 가집니다.*
 - 합의에 도달하지 못한 경우 공식적인 조사가 시작됩니다.
 - 합의 내용을 지키지 못하면 공식적인 조사로 이어질 수 있습니다.
 - 보복 행위가 보고된 경우 공식적인 조사가 열립니다.
- 불만 사항의 중재를 원하십니까?
(상자 하나에만 체크 표시하십시오)

예, 중재를 원합니다.

아니요, 조사 진행을 원합니다.

10. 불만 제기자의 서명:

본 양식에 기재한 귀하의 서명을 통해 불만 사항 처리가 시작됩니다. 이 양식에 서명하면 이 양식에 작성한 정보가 본인의 지식 또는 신념에 따라 사실이며 정확하며 위증죄에 따른 처벌을 받을 수 있음을 선언하는 것입니다.

서명:

날짜:

EDD는 평등 기회를 제공하는 고용주/프로그램입니다. 장애인은 추가 보조 및 서비스를 요청할 수 있습니다. 서비스, 지원 및/또는 문서 외 형식을 요청하는 경우 1-916-654-8434(음성)로 전화하여 주시기 바랍니다. TTY 사용자는 캘리포니아 중계 서비스(711 번)로 전화하여 주십시오.