



# 사우스파사데나 시

## 공민권 민원 양식

1964년 공민권법 제6장 및 관련 차별 금지 법규는 미국에서 어떤 사람도 인종, 피부색 또는 출신 국가를 이유로 연방의 재정 지원을 받는 프로그램 또는 활동에 참여가 배제되거나, 혜택이 거부되거나, 차별을 받아서는 안 된다고 규정하고 있습니다. 사우스파사데나 시 Dial-A-Ride는 또한 성별, 연령, 장애, 종교, 의학적 상태, 결혼 여부, 성적 지향 등에 근거한 차별을 금지합니다.

민원인은 이곳 사우스파사데나에서 공민권 민원 절차를 이용하는 것 외에 인종, 피부색 또는 출신 국가로 인한 차별과 관련된 제6장에 규정된 민원을 연방 교통국 민권실, Region IX, 201 Mission Street, Suite 1650, San Francisco, California 94105-1839에 제출하실 수 있습니다. 민원인은 미국 장애인 보호법(ADA)에 규정된 민원을 연방 교통국 민권실, East Building – 5<sup>th</sup> Floor, TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590에 제출하실 수 있습니다. 민원인은 또한 FTA ADA 지원 라인(음성: 888-446-4511)으로 연락하거나, 연방 정보 전달 서비스(Federal Information Relay Service, 1-800-877-8339)를 이용하거나, [FTA.ADAAssistance@dot.gov](mailto:FTA.ADAAssistance@dot.gov)로 전자 우편을 보내실 수도 있습니다. FTA ADA 민원 양식은 다음 사이트에서 구하실 수 있습니다: [http://www.fta.dot.gov/civilrights/12875\\_14816.html](http://www.fta.dot.gov/civilrights/12875_14816.html).

귀하의 민원을 처리하기 위해서는 다음과 같은 정보가 필요합니다. 이 양식을 작성하는데 도움이 필요하시면 저희에게 알려 주십시오.

이 양식을 작성하여 다음 주소로 보내 주십시오: Dial-A-Ride Customer Assistance, 1102 Oxley Street, South Pasadena, CA 91030.

1. 민원인 이름: \_\_\_\_\_
2. 주소: \_\_\_\_\_
3. 시: 사우스파사데나 주: 캘리포니아 우편번호: \_\_\_\_\_
4. 전화번호 (자택): \_\_\_\_\_ (직장): \_\_\_\_\_

5. 차별을 받은 사람(민원인과 다른 사람인 경우):

이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

6. 다음 중 귀하가 생각하는 차별 이유는 무엇입니까?

a. 인종       b. 피부색       c. 출신 국가

d. 성별       e. 연령       f. 장애

g. 종교       h. 의학적 상태       i. 결혼 여부

j. 성적 지향

7. 차별이 발생한 날짜는 언제입니까? \_\_\_\_\_

8. 귀하가 직접 그 차별 사건에 대해 서술해 주십시오. 어떤 일이 일어났으며 누구에게 책임이 있다고 생각하는지 설명해 주십시오. 공간이 부족하면 이 양식의 뒷면을 사용해 주십시오.

---

---

---

---

9. 아래에 서명해 주십시오. 민원과 관련이 있다고 생각하는 서류 또는 기타 정보를 첨부하실 수 있습니다.

\_\_\_\_\_

민원인 서명

\_\_\_\_\_

날짜