

법 제 6조 고소장

워싱턴 메트로폴리탄 지역 교통청 시민권리과

워싱턴 메트로폴리탄 지역 교통청은 1964년에 공포된 시민권리법 제 6조가 규정하는대로 어느 누구 한사람도 인종, 피부색, 혹은 국적으로 인하여 서비스 혜택으로 부터 제외되거나 거부당하는 일이 절대로 없도록 최선을 기울이고 있습니다. 법 제 6조 고소들은 본인이 주장하는 차별대우를 받은 날로부터 180 일 이내에 제출해야 합니다.

귀하의 고소를 처리드리기위하여 아래 사항의 정보가 필요합니다. 이 양식을 기재하는데 어떤 보조가 필요하시면, (202) 962-1082 로 전화해서 법 제6조 책임자에게 연락하십시오. 기재가 완료된 양식은 반듯이 WMATA Office of Civil Rights, Title VI Coordinator, 7G-03, 600 Fifth Street NW, Washington, DC 20001 로 보내십시오.

성명:	전화번호:
주소:	대체 전화번호:
	도시, 주 및 우편 번호:
(만일 고소자이외의 다른 사람일 경우) 차별대우 당한 사람:	
이름:	
주소, 도시명, 주 및 우편번호:	

다음 중 어느것이 본인이 주장하는 차별대우의 이유를 가장 잘 묘사합니까? (하나만 골라서 동그라미 하십시오)

사건 날짜: _____

- 인종
- 피부색
- 국적 (한정된 영어능력)

본인이 주장하는 차별대우의 사건을 잘 묘사하십시오. 만약 가능하면 모든 교통청 직원들의 성함과 직함을 제공하십시오. 어떤 일이 어떻게 일어났는지 그리고 누구에게 책임이 있다고 믿는지 설명하십시오. 만약 추가 지면이 필요하시면 이 양식의 뒷면을 사용하십시오.

이 양식의 뒷면도 완전기재 하십시오

법 제 6조 고소장

워싱턴 메트로폴리탄 지역 교통청 시민권리과

본인이 주장하는 차별대우 사건을 잘 묘사하십시오 (계속)

다른 연방, 주 혹은 지역 정부기관에 고발을 했습니까? 예 / 아니오

만약 고발을 했다면, 정부기관의 이름과 연락처를 아래에 열거 하십시오:

정부기관:

담당자 성함:

주소, 도시명, 주 및, 우편번호:

전화번호:

정부기관:

담당자 성함:

주소, 도시명, 주 및, 우편번호:

전화번호:

본인은 위의 고발을 읽었으며 또한

본인이 알고 있는 지식, 정보와 사실에 비추어 진실임을 확약합니다.

고소자 서명:

날짜:

고소자의 이름을 명확히 타이프로 찍거나 쓰십시오

접수일: _____

접수자: _____