



버지니아 고용위원회(VEC)  
인적 자원 관리 서비스  
P.O. Box 26441  
Richmond, VA 23261-6441  
(804)786-3466/ (804)371-2814 FAX  
VRC: 711

## 기회 균등 차별 불만 양식

주의 깊게 양식을 읽어 보시기 바랍니다. **답변을 입력하거나 인쇄할 수 있습니다.** 가능한 한 완벽하게 각 질문에 대답하십시오. 이 양식의 공간에 전체 답을 입력할 수 없는 경우, 더 많은 페이지를 추가할 수 있습니다. 질문에 대한 답을 알 수 없는 경우, 답변 공간에 "알 수 없음"을 입력하십시오. 질문이 귀하의 사례에 해당하지 않는 경우, "해당 없음"을 입력하십시오.

- 불만 제기인(VEC 고객) 또는 불만 제기인의 대리인입니까? 올바른 칸을 표시하십시오. 올바른 칸을 표시하십시오  
☐ 불만 제기인      ☐ 대리인
- 귀하의 이름과 아래에서 요청하는 기타 정보를 기재하십시오. 대리인인 경우, 이 섹션에 불만 제기인의 이름과 연락처 정보를 기입하고 섹션 3에 본인의 이름과 연락처 정보를 기재하십시오.

---

불만 제기인의 이름

---

도로명 주소

---

시

주

우편 번호

---

연락할 수 있는 전화번호. (직장으로 전화하길 원치 않는 경우 직장 전화번호를 기재하지 마십시오.)

---

이메일 주소

연락할 최적의 시간

- 불만 제기인의 대리인인 경우 이 섹션에 귀하의 이름과 연락처 정보를 기입하며 불만 제기인의 대리인으로 활동하도록 위임하는 불만 제기인이 서명한 서신 또는 기타 문서를 첨부하십시오.

---

대리인의 이름	대리인의 기관(해당하는 경우)
---------	------------------

---

도로명 주소
--------

---

시	주	우편 번호
---	---	-------

---

전화번호	이메일 주소
------	--------

---

이 양식의 나머지 질문에 대해 다른 누군가를 대신하여 이 불만 양식을 제출하는 경우 "귀하"는 귀하 개인이 아니라 해당하는 자(불만 제기인)를 의미합니다. 불만 제기인이 해당 양식을 제출하는 경우 불만 제기인이 답변할 내용을 기재하십시오.

4. 이 불만은 다음 사람에게 발생한 무언가에 대한 것입니다(적절한 칸에 표시하십시오):

☐ 본인만

☐ 본인과 다른 사람

☐ 본인이 아닌 다른 사람

5. 불만을 제기하는 기관, 조직 또는 기업의 이름을 기재하십시오. 기관, 조직 또는 기업에 대한 연락처 정보가 있거나 귀하를 차별했다고 생각하는 사람의 이름을 알고 있는 경우 해당 정보도 제공하십시오. 해당 정보를 모두 제공하기 위해 더 많은 공간이 필요한 경우, 이 양식에 더 많은 페이지를 첨부하십시오.

---

부서, 사업부, 사무실 이름	전화번호
-----------------	------

---

도로명 또는 우편 주소	이메일 주소
--------------	--------

---

차별했다고 귀하가 생각하는 사람의 이름	직위
-----------------------	----

---

6. 어떠한 프로그램이 귀하가 불만을 제기하는 차별과 관련이 있습니까? 해당 프로그램의 이름을 알지 못하고 귀하의 불만 사항이 미국 일자리 센터(American Job Center) 또는 주 또는 지방 정부와 관련되지 않은 경우 "알지 못함"을 표시하십시오.

☐ 인력 투자법(Workforce Investment Act) 및/또는 인력 혁신 및 기회 법 프로그램(Workforce Innovation and Opportunity Act Program)

☐ 실업 보험

☐ 고용 서비스 또는 일자리 서비스

☐ 무역 지원법 프로그램(Trade Assistance Act Program)

☐ 이주 및 계절 농장 노동자 프로그램

☐ 재향 군인 서비스

☐ RESEA

☐ 기타(프로그램명? \_\_\_\_\_)

☐ 알지 못함

7. 귀하가 주장하는 차별의 근거(이유)가 무엇이었습니까? 해당 차별과 관련 있다고 생각하는 모든 근거(이유) 옆 칸에 표시하고 해당 칸과 함께 기재된 질문에 답하십시오.

☐ **내 출신 국가 때문에**(아래 질문에 답하십시오.)

히스패닉 또는 라틴계입니까?      ☐ 예      ☐ 아니요

귀하의 출신 국가는 어디입니까(귀하, 귀하의 부모, 조부모 또는 이전 조상들의 출신 국가)?

☐ 내 제한된 영어 능력 때문에(귀하가 의사소통하기에 가장 편안하다고 느끼는 언어는 무엇입니까? 예를 들어, 스페인어, 크로아티아어, 캄보디아어) \_\_\_\_\_

☐ **내 인종 때문에**(아래 질문에 답하십시오.)

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당하는 것을 모두 표시하십시오.

☐ 백인 또는 코카서스인

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인

☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민

☐ 아시아인

☐ 기타 \_\_\_\_\_

☐ **내 성별 때문에** (귀하의 성별은 무엇입니까? \_\_\_\_\_)

☐ **내 임신 때문에**

☐ **성희롱**

☐ **내 성적 지향 때문에** (귀하의 성적 취향 무엇입니까) \_\_\_\_\_)

☐ **내 성 정체성 때문에** (귀하의 성 정체성은 무엇입니까) \_\_\_\_\_)

☐ **성희롱**

☐ **내 피부색 때문에** (귀하의 피부색은 무엇입니까? \_\_\_\_\_)

☐ **내 종교 때문에** (귀하의 종교는 무엇입니까? \_\_\_\_\_)

☐ **내 나이 때문에** (귀하의 생년월일은 언제입니까? \_\_\_\_\_)

☐ **재향 군인 여부**

☐ **내 정치적 소속 또는 정치적 신념 때문에**(귀하의 정치적 소속 또는 정치적 신념은 무엇입니까?)

☐ **내 장애로 인해** (다음 세 개의 칸 중 하나를 표시하십시오.)

☐ 장애가 있습니다(현재 유효 또는 비유효 권리일 수 있음). (귀하의 장애는 무엇입니까? \_\_\_\_\_)

☐ 장애 기록을 가지고 있습니다. (과거 장애는 무엇이었습니까? \_\_\_\_\_)

☐ 장애가 없지만 기관이 내게 장애가 있는 것처럼 취급합니다.

☐ **내 시민권 때문에**(귀하의 시민권은 무엇입니까? \_\_\_\_\_)

☐ **연방 재정 지원을 받는 프로그램 참여로 인해**(해당 프로그램명: \_\_\_\_\_)

☐ 내가 차별에 대해 불만을 표하거나 이를 진술하거나 누군가의 차별 불만 사항에 다른 방식으로 관여했기 때문에 (보복)에 대한 **보복을 당했습니다**. 세부 사항을 제공하십시오 \_\_\_\_\_

8. 위에 표시한 각각의 근거(차별 이유)에 대해 무슨 일이 일어났는지, 귀하(또는 다른 누군가)가 일어난 일로 인해 어떻게 손해를 입었는지, 어떻게 또는 왜 발생한 일이 귀하가 표시한 근거 때문이라고 생각하는지를 설명하십시오. 예를 들어, 귀하는 "내 인종 때문에"를 표시하셨습니다. 귀하가 생각하기에 **어떻게 또는 왜 발생한 일이 손해를 입은 사람의 인종 때문이었다고 생각하는지를 설명하는 사실을 기재하십시오.**

다른 사람 또는 단체가 귀하(또는 귀하가 생각하기에 차별을 받은 다른 사람)와 다르게 취급받았다면, 누가 다르게 취급받았는지, 어떻게 달랐는지, 그러한 다른 취급이 어떻게 귀하(또는 귀하가 생각하기에 차별을 받은 다른 사람)에게 피해를 줬는지를 기술하십시오. 구체적이고 간단하게 기술하십시오. 가능한 경우, 관련된 사람들의 이름 및 연락처 정보를 제공하십시오.

아래 공간에 답변을 모두 적지 못하는 경우, 답변을 완료하기 위해 더 많은 페이지를 사용하고 그러한 페이지를 이 양식에 첨부하십시오.

9. 주장하는 차별이 언제 발생했습니까?

a. 첫 번째 행동 날짜: \_\_\_\_\_

b. 가장 최근 행동 날짜: \_\_\_\_\_

c. 가장 최근 행동 날짜가 180일 이상 이전이면, 지금보다 이전에 불만을 제기하지 않았던 이유를 설명하십시오.

10. 귀하가 이미 지명했으며 우리가 귀하의 불만 사항 관련 정보를 위해 연락해야 하는 다른 사람(증인, 동료, 상사, 기타)을 아래 기재하십시오. 이 정보에 대한 더 많은 공간이 필요하면 추가 페이지를 첨부하십시오. \_\_\_\_\_

---

사람 이름	사례에 대한 관계(증인, 동료 등)	이 사람에게 연락할 최적의 시간
-------	---------------------	-------------------

---

이 사람에게 연락할 수 있는 전화번호 및/또는 이메일 주소.

11. 어떤 구제책을 요구하고 있습니까?

---

12. 해당하는 아래 공간에 이 양식에 대한 서명 및 날짜를 기재하십시오. 또한, "조사 정보의 이용에 관한 통지"라는 다음 페이지의 통지문을 읽고 해당 동의서에 서명 및 날짜를 기재하십시오.

---

불만 제기인의 서명

---

날짜

불만 양식을 우편, 이메일 또는 팩스로 발송하십시오.

우편: Shirley M. Bray-Sledge  
Human Relations Manager  
Virginia Employment Commission  
6606 West Broad Street  
Richmond, Virginia 23230

팩스: (804)371-2814

VRC: 711

이메일: [Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov](mailto:Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov)

이메일을 통해 양식 제출

양식 인쇄