



To protect the health and promote the well-being of all people in Virginia.

Office of the Commissioner (국장실)

VDH 절차 번호: 01.01.150 F

발효일: 2023-11-01

최종개정일: 2023-11-01

다음 주기 검토일: 2026-11-01

차별 불만 신고 양식

이 양식에 대해 궁금한 점이 있거나 도움이 필요하면 **Non-Discrimination Coordinator(차별 금지 코디네이터)** Claudia Guerrero-Barrera에게 804-489-7269(TTY: 1-800-828-1120) 또는 Civil_Rights@vdh.virginia로 문의하시기 바랍니다.

타이핑하거나 정자체로 기재해 주십시오. 위에 기재된 번호로 전화로 불만 사항을 제기할 수도 있습니다.

불만 제기자	
*이름:	
*성:	
(전화번호 또는 이메일 주소 중 하나를 입력하시기 바랍니다.)	
전화(지역 번호 포함):	
이메일 주소:	
*거리 주소 첫 행:	
*거리 주소 두 번째 행:	
*시:	
*주:	
*우편번호:	
다른 사람을 대신하여 이 불만을 제기하시나요? ('예'인 경우 아래 필드를 작성하십시오.)	
예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	
영향을 받은 당사자 이름:	
영향을 받은 당사자 성:	
불만 제기자와 영향을 받은 당사자의 관계	

불만 제기자 세부 정보	
*본인은(또는 영향을 받은 당사자가) 다음과 같은 이유로 차별을 받았다고 생각합니다.	
<input type="checkbox"/> 인종/피부색	<input type="checkbox"/> 출신 국가(제한된 영어 능력 포함)
<input type="checkbox"/> 나이	<input type="checkbox"/> 종교
<input type="checkbox"/> 성별	<input type="checkbox"/> 장애
<input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기재)	
누가 귀하를 차별했다고 생각하시나요?	
그 사람의 성명 또는 소속 기관/조직의 이름을 입력하십시오.	
*거리 주소 첫 행:	
*거리 주소 두 번째 행:	

버지니아주 보건부
차별 불만 신고 양식

*시:	
*주:	
*우편번호:	
전화(지역 번호 포함):	
언제 해당 차별이 발생했다고 생각하시나요? <small>(3 개 이상의 날짜를 신고하려면 아래 불만 사항 설명에 해당 날짜를 기재합니다)</small>	
*위반 날짜:	
*일어난 일을 간략하게 기술합니다. 기술한 행위가 어떻게 그리고 왜 차별에 해당한다고 생각하시나요? 최대한 구체적으로 작성해 주시기 바랍니다. (필요에 따라 추가페이지 첨부 가능)	

VDH 에 불만을 제기하는 것은 자발적인 행위입니다. VDH 에서는 귀하가 제공한 정보를 사용하여 VDH 에 관할권이 있는지, 관할권이 있는 경우 귀하의 불만 사항을 어떻게 처리할지 결정합니다. 이 양식에 제출한 정보는 기밀로 취급됩니다. 개인의 이름 또는 기타 식별 정보는 차별 가능성에 대한 조사 및 법에 의해 공개가 허용되는 기타 용도에 필요한 경우에만 공개됩니다.

서명

본인은 이 불만 제기에 제공한 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인은 버지니아주 보건부에 본인의 불만 제기에 대한 완전한 조사에 필요한 모든 기록 또는 정보를 얻을 권한을 부여합니다.

불만 제기자 서명

오늘 날짜

작성하고 서명한 불만 사항 양식을 다음 중 하나를 통해 제출하시기 바랍니다.

- 우편: 참조: Non-Discrimination Coordinator(**차별 금지 코디네이터**), VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- 이메일: Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- 팩스: (804) 864-7022

지연 제기에 대한 정당한 사유

*차별이 발생한 날로부터 90 일이 지나서 이 불만 사항을 제기하는 경우, 적시에 불만 사항을 제기할 수 없었던 이유를 명시해 주시기 바랍니다.