

다양성, 형평성 및 포용성 사무소
(OFFICE OF DIVERSITY, EQUITY & INCLUSION)

WAHC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207

미국 장애인법(ADA) 불만 서식

서비스, 활동, 프로그램 또는 혜택의 제공에서 장애에 따른 불만을
제기하시려면 이 양식을 사용하세요.

이 양식 제출처:

NYS Department of Taxation and Finance
Attn: Designee for Reasonable Accommodation
Building 9, Room 256
W.A. Harriman State Office Campus
Albany, NY 12227
Reasonable.Accommodations@tax.ny.gov

불만 제기자 정보

이름:

집 전화:

이메일:

집 주소:

1. 불만 제기 대상:

주 기관:

이름:

직위:

주소:

전화:

2. 불만 사항이 발생한 장소 및 날짜:

불만에서 제기한 문제가 계속되고 있습니까?

예 아니요

3. 서비스, 활동, 프로그램 또는 혜택에 대한 제기된 거부 내용과 그 행위가 차별적이라고 주장하시는 이유를 설명하세요. 가능하다면, 증인의 이름과 보충 자료를 첨부하세요.

4. A. 이 불만에 대해 연방, 주 또는 지방 정부 기관에 항의를 하셨습니까?

예 아니요

B. 이 불만과 관련해 변호사를 선임했습니까?

예 아니요

C. 이 불만과 관련하여 법적 소송이나 법원 조치를 취했습니까?

예 아니요

5. 이 불만 서식 작성자:

ADA 조정관

불만 제기자

서명: _____ 날짜: _____