

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English.



State of Maryland Judiciary
Americans with Disabilities Act
Grievance Form
메릴랜드 주 사법부
미국장애인법
불만 서식

Name (이름):

Address (주소):

Phone Number(s) (전화번호(들)):

Work (직장) Cell (휴대폰) Home (주택)

Case Number (사건 번호):

Please describe the original ADA Accommodation requested and the reason for the request (신청한 원래의 ADA 편의 제공과 신청 사유를 설명해 주십시오):

Please describe the alleged discrimination which denied you the provision of services, activities, programs, or benefits with the Maryland Judiciary (귀하가 메릴랜드 주 사법부에 대해 서비스, 활동, 프로그램 또는 혜택의 제공이 거부되었다고 주장하는 차별에 대해 설명해 주십시오):

Please provide the location of the Court/Agency where the above described incident took place and the date of the incident (위에서 설명한 문제가 발생한 법원/정부 기관의 소재지와 문제가 발생한 날짜를 기재해 주십시오):

What would you like to see happen? (이 문제가 어떻게 해결되기를 원하십니까?)

I request that this information be kept confidential to the extent allowed by law.
본인은 이 정보가 법률이 허용하는 정도까지 비밀로 유지되기를 요청합니다.

This form should be submitted to the Fair Practices Department as soon as possible, but no later than 120 calendar days after the alleged violation.
이 서식은 가능한 한 빨리, 그러나 주장된 위반이 발생한 후 120일 이내에 공정관행부(Fair Practices Department)에 제출해야 합니다.

I certify that to the best of my knowledge this information is true and correct.
본인은 본인이 알고 있는 한 이 정보가 사실이고 정확하다는 것을 증명합니다.

Type or Print Name
이름을 타자하거나 정자로 기재

Date
날짜

Signature
서명

Fair Practices Department
(공정관행부)
580 Taylor Ave., A-4
Annapolis, Maryland 21401
Office (사무소): 410-260-3679
Maryland Relay (메릴랜드 주 중계 서비스): 711
Fax (팩스): 410-260-3505
fairpractices@mdcourts.gov