Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. 참조용으로 만 사용하는 샘플. 서식들은 편의를 위해 이중 언어 포맷을 사용하나, 반드시 영어로 작성하여 법원에 제출해야 합니다.

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 (자택) _____

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 **120역일** 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)
187 Harry S. Truman Parkway, 5th Floor
Annapolis, Maryland 21401
Office (사무소): 410-260-3679
Maryland Relay (메릴랜드 주 중계 서비스): 711
Fax (팩스): 410-260-1711
fairpractices@mdcourts.gov