|  |  |
| --- | --- |
| Complainant (s) Name:*불만 제기인(들) 이름:* | Complainant (s) Address:*불만 제기인(들) 주소:* |
| Complainant (s) Phone Number***:****불만 제기인(들) 전화번호:* |
| Complainants Representatives Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc.): *불만제기인 대리인 이름, 주소, 전화번호, 관계 (예: 친구, 변호인, 부모, 등):* |
| Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You: *진술인에게 차별한 기관,조직 또는 부서의 명칭과 주소:* |
| Names of the Individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known): *진술인에게 차별한 사람(들)의 이름과 주소 (아는 경우에 작성):* |
| I believe the discrimination I Race*인종*experienced was based on(check all that apply): Color*피부색**제가 경험한 차별은* *다음에 근거한다고 믿습니다:* National Origin*(해당되는 곳에 모두 체크하십시오): 출신국* | Date of Alleged Discrimination: *진술인이 차별당한 날짜:* |

Mail to: *수신:* **Detra Whitmore, VP of Administration, 801 Grove St., Fort Worth, Texas 76102**This form may also be faxed to: *이 양식은 또한 다음으로 팩스 발송하세요:* **817-215-7533**

A complaint must be filed no later than 180 days after the date of the alleged discrimination.

*불만제기는 차별 진술이 있는 날로부터 180일 이내에 기소해야 합니다.*

|  |
| --- |
| Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that Trinity Metro could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).*Trinity Metro가 당신의 진술을 명확하게 확인할 수 있는 추가 정보를 확보하기 위해 접촉 가능한 사람을 알고 있다면, 그 사람의 이름(들)과 전화번호(들)을 작성하시기 바랍니다.* |
| Please explain as clearly as possible **how, why, when** and **where** you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed.*어떻게, 왜, 언제, 어디에서 당신이 차별받았다고 생각하는지 최대한 분명하게 설명하시기 바랍니다. 진술하고자 하는 차별 행위의 배경 정보를 최대한 많이 포함시키세요. 필요하다면 추가 용지를 첨부해도 됩니다.* |
| Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature: Date of Signature:*불만제기자(들) 또는 불만제기자(들) 대리인의 서명: 서명 날짜:* |