

Trinity Metro  
타이틀 VI 차별금지 프로그램

차별 불만

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 experienced was based on (check all that apply): 제가 경험한 차별은 다음에 근거한다고 믿습니다:	Race 인종 Color 피부색 National Origin	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 180 일 이내에 기소해야 합니다.

Trinity Metro  
타이틀 VI 차별금지 프로그램

차별 불만

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 Metro 가 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:

*불만제기자(들) 또는 불만제기자(들) 대리인의 서명:*

Date of Signature:

*서명 날짜:*