

본 양식은 인종, 피부색, 출신 국가, 신념/종교, 나이, 성별/성폭력 피해 여부, 결혼/가족 상태, 장애, 체포 기록, 전과, 성적 정체성, 성적 지향, 소인성 유전적 특징, 군 복무 여부, 가정 폭력 피해 여부 및/또는 보복을 이유로 Affordable Care Act(건강보험 개혁법)와 관련한 차별을 신고하기 위해 대중에게 공개된 양식입니다.

해당 양식을 다음으로 우송하거나:	Affirmative Action Officer (AAO) Richard C. Snyder Room 2425 Corning Tower, ESP Albany, NY 12237-0013	또는	Affirmative Action Administrator 3 (AAA 3) LaShanna Frasier Room 2511 Corning Tower, ESP Albany, NY 12237-0013
다음의 이메일로 보내십시오:	richard.snyder@health.ny.gov	또는	LaShanna.Frasier@health.ny.gov.
문의사항이 있는 경우 다음으로 전화해 주십시오:	(518) 473-1703번	또는	(518) 473-7883번

민원인 연락처

이름: \_\_\_\_\_

자택 주소: \_\_\_\_\_

자택 전화: \_\_\_\_\_ 직장 전화: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

신고 내용:

- |                              |                                |                             |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 인종  | <input type="checkbox"/> 출신 국가 | <input type="checkbox"/> 나이 |
| <input type="checkbox"/> 피부색 | <input type="checkbox"/> 성별    | <input type="checkbox"/> 장애 |

차별 신고 대상:

제공자 이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_ 차별 행위가 발생한 날짜: \_\_\_\_\_

차별 행위가 지속되고 있습니까?  예  아니요



차별 혐의 행위 내용 및 그러한 행위가 차별이었다고 결론지은 이유를 간략하게 기술하십시오. 목격자가 있는 경우 이름을 기재하고, 증거 자료가 있는 경우 첨부하십시오. 필요할 경우 추가 용지를 사용하십시오.

- 해당 민원에 관해 연방, 주, 지역 정부 기관에 신고한 적이 있습니까?  예  아니요
- 해당 민원과 관련하여 소송 또는 법정 절차를 진행한 적이 있습니까?  예  아니요
- 민원에 기재한 혐의와 관련하여 변호사를 고용한 적이 있습니까?  예  아니요

민원인 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_