

Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW) 진정 서식

목차

파트 [A: 진정인, 본인에 관해 2](#_Toc37065893)

[파트 B: 누구에 대한 불만 진정입니까? 4](#_Toc37065894)

[파트 C: 불만건의 내용은 무엇입니까? 5](#_Toc37065895)

[파트 D: 대리 행동 권한 6](#_Toc37065896)

**저희 기관은 어떤 일을 할까요?**

Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW)는 차별, 성적 희롱, 비방 및 부당한 괴롭힘에 대한 진정을 다룹니다. 당신의 진정건에 대해 더 자세한 정보가 필요한 경우, 저희가 당신에게 연락드리겠습니다.

이 양식을 작성해서 저희에게 보내주시면 평가, 조사 및 조정이라는 진정 절차에 본인의 정보를 저희가 사용하는 것에 동의하는 것이 됩니다. 당신의 진정건을 조사하기로 수락하면, 당신의 진정서는 불만의 대상인 개인이나 조직 (피진정인이라고 불림) 그리고 필요한 경우 저희 조사와 관련성이 있을 수도 있는 여타 개인이나 단체에도 제공될 것입니다. 이 양식을 제출함으로써, 여러분은 자신이 제공하는 이 진정서 및 기타 자료를 피진정인 및 기타 관련자들에게도 전달하는 것에 동의하는 것입니다.

**타인에 대한 정보**

타인이 동의하지 않는 한 그 타인에 대한 개인 정보는 포함시키지 마십시오. 하지만 당신의 불만 진정의 대상이 되는 사람 (피진정인)에게서는 동의를 받을 필요가 없습니다.

**질문**

진정 절차나 이 서류 작성에 대해 질문이 있으시면, 저희 문의 서비스 [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)로 이메일을 보내거나, 02 9268 5544 또는 1800 670 812로 전화바랍니다.

**진정 방법**

이 진정서를 [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)로 이메일로 보내주십시오.

또는 이 진정서를 Anti-Discrimination NSW, Locked Bag 5000, Parramatta NSW 2124로 우편으로 보내주십시오.

**진정서를 우편으로 보낼 경우 다소 지연될 것이라는 점을 유념하십시오.**

# 파트 A – 진정인, 본인에 대해

**당신의 진정건을 저희가 진행하게 하려면 반드시 본인의 이름과 주소를 저희에게 알려줘야 합니다.**

**당신의 연락처가 피진정인에게 전달되는 것을 원치 않을 경우, 별도의 서류에 적어 주십시오.**

|  |  |
| --- | --- |
| 타이틀: |  |
| 이름: |  |
| 성: |  |
| 주소: |  |
| 지역 (suburb): |  |
| 우편번호: |  |
| 이메일: |  |
| 전화번호: |  |
| 휴대폰: |  |
| 어떤 방식으로 저희가 연락드릴까요?  이메일  전화  (선택사항) 어떤 인칭 대명사를 사용하십니까? (예. 그/그를, 그녀/그녀를, 그들/그들을)?  (선택사항) 어떤 이름으로 진정인을 불러드릴까요? | |
| 진정과정에 참여하는 데 필요한 도움이 있으면 알려주십시오 (예를 들어, 장애가 있거나 영어가 모국어가 아닌 경우). ADNSW는 필요한 경우 이 양식의 번역본을 제공해 드릴 수 있습니다. | |

이 진정건과 관련하여 당신을 도와주는 개인들의 정보를 제공해 주십시오 (예. 옹호인, 노조 대표자 또는 변호사 등).

전해주는 것을 원치 않는다고 의사표시를 하지 않는 한 받은 모든 연락은 당신 (진정인)에게 전해줍니다.

|  |  |
| --- | --- |
| 타이틀: |  |
| 이름: |  |
| 성: |  |
| 직함: |  |
| 기관: |  |
| 주소: |  |
| 지역 (Suburb): |  |
| 우편번호: |  |
| 이메일: |  |
| 전화번호: |  |
| 휴대폰: |  |

**타인을 대신한 진정 (진정인을 위해 당신이 대신 불만을 진정하는 경우)**

진정인을 대신해서 당신이 불만을 진정하는 경우에만 아래 양식을 작성하십시오. 당신의 개인 정보를 여기에 제공하십시오.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 타이틀: |  | |
| 이름: |  | |
| 성: |  | |
| 주소: |  | |
| 지역 (Suburb): |  | |
| 우편번호: |  | |
| 이메일: |  | |
| 전화번호: |  | |
| 휴대폰: |  | |
| 진정인과는 어떤 관계입니까? | |  |
| 어떤 방식으로 저희가 연락드릴까요?  이메일  전화 | | |
| 진정인을 위해 대신 불만을 진정하는 경우, 진정인에게 [파트D: 대리 행동 권한](#_Part_D:_Authority)을 작성하라고 요청하십시오. | | |

# 파트 B: 누구에 대한 불만 진정입니까?

**피진정인 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 개인 또는 기관의 이름: | |  | |
| ABN (해당될 경우): | |  | |
| 주소: |  | | |
| 지역 (Suburb): |  | | |
| 우편번호: |  | | |
| 이메일: |  | | |
| 전화번호: |  | | |
| 휴대폰: |  | | |
| 이 피진정인과는 어떤 관계입니까? | | |  |

**피진정인 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 개인 또는 기관의 이름: | |  | |
| ABN (해당될 경우): | |  | |
| 주소: |  | | |
| 지역 (Suburb): |  | | |
| 우편번호: |  | | |
| 이메일: |  | | |
| 전화번호: |  | | |
| 휴대폰: |  | | |
| 이 피진정인과는 어떤 관계입니까? | | |  |

|  |
| --- |
| 피진정인이 2인 이상이라면, 그들의 개인 정보를 알려 주십시오.    이것에 대해 또다른 기관에 불만을 진정했습니까? 그렇다면, 어느 기관이며 언제였습니까? |

# 파트 C: 불만건의 내용은 무엇입니까?

뉴사우스웨일즈에서 불법인 차별의 종류에 대한 정보는 저희 웹사이트 [antidiscrimination.nsw.gov.au](http://www.antidiscrimination.nsw.gov.au/)를 방문하거나 02 9268 5544 또는 1800 670 812로 전화해서 알아보시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| 본인이 다음을 경험했다고 생각하기 때문에 진정합니다:  나에 관한 다음과 같은 사항으로 인한 차별  연령, 연령을 알려 주세요:  장애 (질환 및 추정된 장애를 포함), 어떤 장애가 있습니까:  동성애자 (추정된 동성애자 포함)  혼인 또는 사실혼 관계, 혼인 또는 사실혼 관계가 어떻게 되나요:  인종 (피부색, 국적, 혈통, 민족, 민족-종교적, 국가 기원 등), 인종을 알려 주세요:  성별 (임신 및 수유 포함), 성별을 알려 주세요:  간병인으로서의 책임 (고용에만 해당), 어떤 간병인의 책임이 있습니까:  성전환자 (성전환자로 추정되는 경우 포함)  성적 희롱  다음과 관련된 비방 행위 (개인 또는 집단에 대한 증오, 심한 멸시 또는 극심한 조롱을 선동하는 공개적인 행위)  인종  종교(종교적 신념, 소속 또는 활동을 포함하며, 종교적 신념, 소속 또는 활동이 없는 경우도 포함), 귀하의 종교는 무엇입니까?  HIV 상태  성전환 상태  동성애자  보복성 괴롭힘(상기 목록 상 원인 중의 하나로 불만을 진정했거나 타인의 불만 진정을 도운 것으로 인해)  어디서 차별이 발생했습니까?  직장  재화 및 용역  교육  숙박  등록된 클럽  기타 (구체적으로): |
| **어떤 일이 발생했습니까**? 진정하는 사건 내용을 설명하고, 날짜, 장소 및 관련된 사람들을 포함시키세요.    **사건이 12개월도 더전에 발생한 것이라면, 위원장은 진정 접수를 거부할 수 있습니다.** 사건이 12개월도 더전에 발생했다면, 그때 당시 불만 진정을 할 수 없었던 이유는 무엇입니까? |
| 그 사건으로 어떻게 영향을 받았습니까? |
| 피진정인으로부터 어떤 결과를 얻으려니까? (선택적) |

**기타 다른 정보는 보내지 마십시오. 더 자세한 정보가 필요한 경우 저희가 여러분에게 알려드립니다.**

이 진정서를 이메일로 [complaintsadb@justice.nsw.gov.au](mailto:complaintsadb@justice.nsw.gov.au)로 보내주십시오.

# 파트 D: 대리 행동 권한

# 진정인은 당신이 대신 불만을 진정하는 것에 반드시 동의해야 합니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 진정인의 성명: |  | |
|  |  | |
| 본인       (진정인)은        (진정인을 대신해서 불만을 진정하도록 승인받은 사람의 성명)이  Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW)에서 진정이 종결될 때까지 진정 과정 중 항상 본인을 대신해서 행동하는 것에 동의합니다.  본인은 위에 그 이름이 명시된 개인이 본인을 대신하는 것을 더 이상 원치 않을 경우 Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW)에 언제든지 서면으로 통보해서 위 동의 사실을 취소할 수 있습니다. | | |
|  | |  |
| 날짜: | |  |

# 개인 정보 보호 성명서

여러분이 제공한 개인 정보는 *Privacy and Personal Information Protection Act 1998 (1998년 제정 개인 정보 보호법 )* 및 *Health Records and Information Privacy Act 2002 (2002년 제정 의료 기록 및 정보 보호법 )을* 포함한 개인 정보 보호법에 의해 보호됩니다.

Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW)는 이 양식 및 기타 상호 연락 중 여러분이 제공한 개인 정보를 *Anti-Discrimination Act 1977 (1997년 제정 차별금지법 )*에 의거 법정 기능을 수행하는데 사용합니다. 여기에는 불법 차별에 대한 진정 조사 및 조정 및 차별에 대한 연구 및 문의가 포함됩니다. 따라서, 진정서 및 기타 관련 정보가 피진정인 (진정의 대상인 개인, 회사 또는 기관)에게 제공된다는 것을 의미합니다. 저희가 여러분의 정보를 연구 목적으로 사용할 경우, 개인 식별이 가능한 정보는 공개하지 않을 것입니다. Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW)에 진정함으로써, 여러분은 자신이 제공한 정보가 이러한 법정 기능을 다하는 데 사용되는 것에 동의하는 것입니다.

여러분의 개인 정보의 수집 및 사용, 그리고 Anti-Discrimination NSW (차별방지 NSW)가 보관하고 있는 여러분의 개인 정보에 대한 여러분의 권리에 대한 정보가 필요하시면, 저희에게 연락하시기 바랍니다.