



2023년 9월 29일

수신: 모든 부관, 부서장, 스텝 담당관, 지역 보건 책임자, 부속 기관의 관리자

발신: Kenneth S. Fink, M.D., M.G.A., M.P.H.  
보건국장

제목: 비고용 근로자(Non-Employee) 차별 관련 불만 제기 절차

**범위:**

행정부속기관들을 포함하여 하와이주 보건부(Hawai'i State Department of Health, HDOH) 내에 지정된 모든 부서, 분과 및 프로그램

**목적:**

본 절차는 HDOH 또는 그 컨설턴트, 계약자 및 공급업체가 관리하는 프로그램이나 활동과 관련된 대로 1964년 민권법(Civil Rights Act) Title VI, 1973년 재활법(Rehabilitation Act) Section 504, 2008년 ADA 개정법, 45 C.F.R. Part 84(장애에 따른 차별금지)에 개정된 대로 1990년 미국 장애인법(Americans with Disabilities Act, ADA), 1975년 연령 차별금지법(Age Discrimination Act), 1972년 연방수질오염통제법(Federal Water Pollution Control Act) Section 13, 1972년 교육 개정안(Education Amendment) Title IX, 40 C.F.R. Part 7 및 기타 관련 연방법이나 주법(이하 “법률”)에 따라 제기된 모든 불만에 대한 가이드스를 제공합니다. 해당 절차 외에도 청구인은 다른 주 또는 연방 기관에 정식으로 불만을 제기하거나 차별 혐의에 대한 불만에 개인 변호사를 구할 권리가 있습니다.

이 절차는 HDOH가 허가, 규칙 제정 또는 집행 운영을 포함하되 이에 국한되지 않는 행정 또는 규제 업무를 수행하는 것을 막거나 부당하게 방해하거나 지장을 주어서는 안 됩니다. 이 절차는 부처별 채용 결정이나 조치에는 적용되지 않습니다. 이 절차는 HDOH의 통제 법령에 규정된 이의신청의 법적 권리를 대체하거나 대신하는 기능을 하지 않습니다.

이 비고용 근로자 차별 관련 불만 제기 절차는 HDOH가 부처에 접수된 모든 비고용 근로자 차별 관련 불만을 해결하는 불만 양식을 포함해 정책 및 절차에 대한 최신 내용입니다. 이로 인해 이전의 모든 비고용 근로자 차별 관련 불만 제기 절차 및 불만 제기 양식은 무효화됩니다.

## 섹션 I. 차별금지 고지

비고용 근로자 차별금지 고지문은 일반인들이 출입할 수 있는 눈에 잘 띄는 장소(예: 대기실, 접수처 등)와 HDOH 웹사이트에 게시됩니다. 고지문 사본은 합리적으로 제작 가능한 형식(예: 전자, 서면, 이메일 등)으로 해당 고지를 요청하는 개인에게 제공됩니다.

## 섹션 II. 차별 관련 불만 제출 절차

A. 이 정책은 HDOH 프로그램의 결정에 영향을 받는 비고용 근로자에게 적용됩니다. 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별 또는 관련 연방법이나 주법에 따라 보호되는 기타 계층을 근거로 자신이 HDOH 에 의해 차별을 받았거나 자신의 권리 행사로 인해 혐박이나 보복을 받았다고 선의로 믿는 모든 비고용 근로자는 HDOH 차별금지 조정관(1250 Punchbowl Street, Floor 3, Honolulu, Hawaii 96813)에게 서면 불만서를 제출할 수 있습니다. 차별 관련 불만 양식은 첨부 A 에 포함되어 있으며 온라인 <http://health.hawaii.gov> 에서도 이용하실 수 있습니다.

B. 정식 불만은 해당 차별 혐의 사건이 가장 최근에 발생한 날짜, 또는 차별 혐의가 청구인(들)에게 알려지게 된 날짜, 또는 지속적인 행위 과정이 있었던 경우 그 행위가 중단된 날짜 또는 가장 최근에 발생한 날짜로부터 90 일 이내에 제기되어야 합니다.

C. 불만 양식은 서면으로 작성하고 청구인(들)이 서명해야 합니다. 단, 청구인의 장애로 인해 서면 불만서를 제출할 수 없는 경우에는 개인의 장애 필요 사항에 따라 청구인이 구두로 제출할 수 있습니다(예: 개인 인터뷰, 테이프 녹음 등). 불만 양식에는 다음이 포함되어야 합니다.

1. 성명, 주소, 도시, 주, 우편번호, 전화번호, 이메일 주소(해당되는 경우)를 포함한 청구인의 연락처 정보
2. 청구인에게 대리인이 있는지 여부 및 대리인이 있는 경우 성명, 주소, 도시, 주, 우편번호, 전화번호 및 이메일 주소(해당하는 경우)를 포함한 대리인의 연락처 정보
3. 주장된 위반의 근거가 되는 보호 분류의 식별
4. 알려진 경우 불만이 제기된 부서, 분과 또는 프로그램을 포함하여 차별 혐의 행위를 범했다고 주장되는 당사자의 명확한 신원
5. 청구인이 차별로 인식한 행위에 대한 구체적이고 상세한 설명
6. 차별 행위 혐의가 발생한 날짜, 차별 혐의 행위가 지속적인 행위 과정으로 인해 발생한 경우 해당 기간(가장 최근 날짜 포함), 그리고
7. 발생했다고 주장되거나 발생할 것으로 예상되는 부정적 영향에 대한 구체적인 설명, 그리고

- a. 불만 양식은 우편이나 직접 방문으로 HDOH 차별금지 조정관에게 1250 Punchbowl Street, Third Floor, Honolulu, Hawaii 96813 앞으로 송부하거나 이메일 [doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov](mailto:doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov)로 제출해야 합니다. 팩스로 접수하시려면 (808) 586-4368로 양식을 제출해야 합니다.
- b. 청구인이 서면 불만 양식을 제출할 수 없거나 제한된 영어 구사력 또는 장애로 인해 불만 양식 제출에 도움이 필요한 상황에서 HDOH가 위법적인 차별로 의심되는 조사를 요청하는 경우, 청구인은 HDOH의 주요 사무국 전화번호인 (808) 586-4400으로 문의하여 차별금지 조정관에게 구두로 불만 양식을 제출할 수 있습니다.
- c. 전화로 접수된 청구 내용은 서면으로 전환되어 확인 또는 정정, 서명 및 처리용 반환을 위해 청구인에게 전달됩니다. 팩스 또는 이메일로 접수된 청구 내용에 대해서는 원본 서명이 포함된 팩스 또는 이메일 불만 사항을 하드 카피로 처리해 후속 조치됩니다. 전화, 팩스, 이메일로 접수된 불만 양식은 인정되지만 차별금지 조정관에게 서면 불만 양식(청구인이 확인 또는 정정, 서명함)이 접수될 때까지 처리되지 않습니다.
- d. 요청 시 HDOH는 제한된 영어 구사자의 불만 제기를 위해 무료로 번역 지원을 제공할 것입니다. 제한된 영어 구사력의 청구인은 불만 양식을 작성하는 데 타인의 도움을 받을 수도 있으나, 청구인이 이 양식에 서명하고 확인해야 합니다.
- e. HDOH는 불만 양식을 접수한 날로부터 10일 이내에 불만 양식 접수를 확인합니다. 차별금지 조정관은 불만 양식을 검토하여 관할권을 결정하고 불만을 진행하기 위해 청구인의 의도를 확인합니다.
- f. HDOH는 불만 접수를 확인한 후 30일 이내에 HDOH가 청구된 주장에 대해 전면 조사를 실시해야 한다는 사실이 정당한지 여부를 청구인에게 고지할 것입니다. 정당한 경우, HDOH는 HDOH에서 전면 조사를 수행할지, 조사를 위해 다른 기관으로 불만을 이관할지 여부를 청구인에게 추가로 고지할 것입니다.
- g. HDOH는 연방 차별금지법에 따라 보장된 권리나 특권을 방해할 목적으로 또는 개인이 불만을 제기했거나 연방 차별금지법과 관련된 조사, 절차 또는 청문에서 어떤 방식으로든 증언, 지원 또는 참여하거나, 연방 차별금지법에 의해 위법으로 규정된 관행에 반대했다는 이유로 개인이나 집단을 위협, 협박, 강압, 차별하지 않습니다. HDOH 근로자는 법률에 의해 부여된 권리나 특권을 방해할 목적으로 또는 개인이 불만을 제기했거나 본 정책과 관련된 조사에서

어떤 방식으로든 증언, 지원 또는 참여하거나, 본 법률에 의해 위법으로 규정된 관행에 반대했다는 이유로 개인이나 집단을 보복, 위협, 협박, 강압, 차별하지 않으며, HDOH도 그러한 행위를 용납하지 않을 것입니다. 보복은 이 정책과 법률을 심각하게 위반하는 것이며 즉시 HDOH 차별금지 조정관에게 신고해야 합니다.

- h. 불만 양식 작성에 대한 언어 또는 편의를 요청하시려면, HDOH 차별금지 조정관에게 (808) 586-4400으로 전화하거나 [doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov](mailto:doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov)로 이메일을 보내 주십시오. HDOH에서 요청된 편의사항을 마련할 수 있도록 충분한 시간을 주시기 바랍니다.
- i. 하와이 보건부 근로자 불만은 HDOH 인사부(HDOH Human Resources Office)에 전화 (808) 586-4520 또는 이메일 [doh.hroeeo-ra@doh.hawaii.gov](mailto:doh.hroeeo-ra@doh.hawaii.gov)로 문의해 주시기 바랍니다.

### 섹션 III. HDOH와 관련된 차별 불만 조사 절차

- A. HDOH의 재량에 따라 HDOH에 대한 차별 관련 불만은 조사에 대한 지원을 요청하기 위해 제3자 기관을 포함하여 HDOH 차별금지 조정관의 관련 위임인에게 전달될 수 있습니다.
- B. HDOH 차별금지 조정관 또는 위임인은 불만 사항의 복잡성에 따라 추가 시간이 필요하다고 결정되는 경우를 제외하고 180일 동안 불만을 조사해야 합니다. 서면 결정을 발급하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단되는 경우, 불만 평가가 연장될 구체적인 일수가 청구인에게 서면으로 제공됩니다.
- C. “증거의 우위(Preponderance of the Evidence)”는 비고용 근로자 차별 관련 불만이 입증되어야 하는 기준입니다. 이 기준에서는 차별 발견을 위해 HDOH가 차별 행위로 인해 피해를 입힐 가능성이 높음(즉, 50% 이상)을 증거와 증언에서 입증해야 합니다.
- D. 사건 해결을 위해 추가 정보가 필요한 경우 HDOH 차별금지 조정관 또는 위임인이 청구인에게 연락할 수 있습니다. 청구인(들)은 연락을 받은 날로부터 30일 이내에 요청된 정보를 HDOH 케이스에 배정된 차별금지 조정관 또는 위임인에게 제출해야 합니다. HDOH 차별금지 조정관 또는 위임인이 청구인으로부터 연락을 받지 못하거나 30일 이내에 청구인으로부터 추가 정보를 받지 못하는 경우, HDOH 차별금지 조정관은 케이스를 행정적으로 종료할 수 있습니다. 청구인이 더 이상 케이스 진행을 원하지 않는 경우에도 케이스는 행정적으로 종료될 수 있습니다.
- E. 조사가 완료된 후 그 결과는 당사자에게 통보됩니다. 조사 결과를 요약하고 HDOH의 차별금지 정책 위반이 있었는지 여부를 요약한 서신이 발행됩니다. 조사

결과가 없는 경우, 당사자들에게 해당 사실이 통보되고 케이스는 종결됩니다. 위반이 발생된 것으로 보이는 경우, 주장된 차별 행위가 중단되도록 적절한 조치가 취해질 수 있게 당사자들에게 통보해야 합니다. 청구인에게는 다른 구제 수단을 구할 수 있는 권리에 대해 통보합니다.

F. HDOH 차별금지 조정관의 결정에 불만이 있는 청구인은 (808) 586-8636으로 전화하거나 DLIR.HCRC.INFOR@hawaii.gov로 이메일을 보내 하와이 민권위원회(Hawai'i Civil Rights Commission)에 이의신청을 할 수 있습니다.

#### 섹션 IV. HDOH 하부기관과 관련된 차별 불만 조사 절차

- A. HDOH는 하부기관(예: 컨설턴트, 공급자 및 계약자)에 대한 차별 관련 불만을 조사합니다.
- B. HDOH 하부기관(예: 컨설턴트, 공급자 및 계약자)에 제기된 차별 관련 불만의 경우 HDOH가 관할권을 갖고 해당 케이스를 조사해 결정할 것입니다.
- C. HDOH는 '섹션 III, HDOH와 관련된 차별 불만 조사 절차'에 제시된 단계를 준수해야 합니다.

#### 섹션 V. 제3자 기관의 차별 관련 불만 조사 절차

- A. HDOH의 재량에 따라 HDOH에 대한 차별 관련 불만은 조사 지원을 위해 제3자 기관(TPA)에 위임될 수 있습니다. TPA가 활용되는 경우 HDOH는 고충 절차에 대한 책임을 집니다.
- B. HDOH 차별금지 조정관은 불만 접수 후 72시간 또는 역일 기준 3일 이내에 HDOH에 제기된 차별 관련 불만을 확인하고 TPA에 통보합니다. TPA는 불만 사항을 조사하기 위해 HDOH 고충 처리 절차를 준수합니다.
- C. TPA에 의해 의뢰되어 접수된 HDOH에 대한 차별 관련 불만의 경우 HDOH는 불만 사항의 복잡성에 따라 추가 시간이 필요하다고 결정되는 경우를 제외하고 180일 동안 불만 사항을 조사해야 합니다. 서면 결정을 발급하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단되는 경우, HDOH는 불만 평가가 연장될 구체적인 일수를 서면으로 청구인에게 제공합니다.
- D. “증거의 우위(Preponderance of the Evidence)”는 비고용 근로자 차별 관련 불만이 입증되어야 하는 기준입니다. 이 기준에서는 차별 발견을 위해 HDOH가 차별 행위로 인해 피해를 입힐 가능성이 높음(즉, 50% 이상)을 증거와 증언에서 입증해야 합니다.
- E. 사건 해결을 위해 추가 정보가 필요한 경우 TPA가 청구인에게 연락할 수 있습니다. 청구인(들)은 연락을 받은 날로부터 30일 이내에 요청된 정보를 케이스에

배정된 조사관에게 제출해야 합니다. 조사관이 청구인(들)으로부터 연락을 받지 못하거나 30일 이내에 청구인(들)으로부터 추가 정보를 받지 못하는 경우, TPA는 HDOH에 이를 통지하고 HDOH는 사건을 행정적으로 종료할 수 있습니다. 청구인이 더 이상 케이스 진행을 원하지 않는 경우에도 케이스는 행정적으로 종료될 수 있습니다.

F. 조사가 완료되고 조사 보고서가 HDOH에 의해 심사 및 채택된 후, HDOH는 조사 결과를 요약하고 HDOH의 차별금지 정책에 위반이 있었는지 여부를 요약한 서신을 발행할 것입니다. 조사 결과가 없는 경우, HDOH는 청구인에게 해당 사실을 통보하고 케이스는 종결됩니다. 위반이 발생된 것으로 보이는 경우, HDOH는 청구인에게 주장된 차별 행위가 중단되도록 적절한 조치가 취해져야 함을 통보합니다. 청구인에게는 다른 구제 수단을 구할 수 있는 권리에 대해 통보합니다.

G. HDOH 결정에 불만이 있는 청구인은 (808) 586-8636으로 전화하거나 DLIR.HCRC.INFOR@hawaii.gov로 이메일을 보내 하와이 민권위원회(Hawai'i Civil Rights Commission)에 이의를 신청할 수 있습니다.

## 섹션 VI. 불만 양식

비고용 근로자 차별 관련 불만 양식은 증거물로 첨부됩니다. 비고용 근로자 불만에 대한 이 양식을 방문 제출하시거나 아래 주소로 우편으로 보내주십시오.

Hawai'i State Department of Health  
Non-Discrimination Coordinator  
1250 Punchbowl Street, Third Floor  
Honolulu, HI 96813  
전화: (808) 586-4400  
이메일: [doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov](mailto:doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov)

차별금지 불만 양식은 다음 온라인 사이트에서도 찾으실 수 있습니다:

<http://health.hawaii.gov>

하와이 보건부(Hawaii Department of Health)는 유의미한 편의를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 번역, 통역, 정정, 편의사항 또는 그 밖의 보조 지원이나 서비스를 요청하려면 (808) 586-4400으로 HDOH 차별금지 조정관에게 연락하거나 [doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov](mailto:doh.nondiscrimination@doh.hawaii.gov)로 이메일을 보내주십시오. HDOH에서 요청된 편의사항을 마련할 수 있도록 충분한 시간을 주시기 바랍니다.

승인: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

보건국장