각 섹션에 가능한 한 많은 정보를 기재해 주십시오. 본 양식을 우편이나 팩스로 발송하는 경우에는 검은색 또는 파란색 펜을 사용하십시오.

**섹션 1 - 불만 신고자:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 불만 신고자의 이름:  | 이름 성 | 익명 [ ]  |
| 전화번호 (###) ###-####:  | (   )    -     |
|  이메일:  |      @       |
| 불만 신고자의 역할  | 하나만 선택하십시오. |
| '기타'를 선택한 경우 해당 역할 기재: |       |

**섹션 2 - 불만 사항:**

|  |  |
| --- | --- |
| 사건 발생일(월/일/연도): |   /  /     |
| 사건 발생 시간: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  무례하거나 방해가 되는 행동 | [ ]  참여자가 혜택 사용 방법을 모름 |
| [ ]  욕설이나 무례한 제스처 | [ ]  재배자가 세금을 부과함 |
| [ ]  해치려 하거나 신체적 학대 위협 | [ ]  재배자가 WIC CVB, FMNP 또는 SFMNP 혜택을 수용하지 않음 |
| [ ]  시장의 농산물이 품절됨 | [ ]  판매자가 재배자가 아닌 중개인임 |
| [ ]  인종, 피부색, 국적, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 장애, 연령을 이유로 차별을 받음 |
| [ ]  기타(구체적으로 기재): 문자를 입력하려면 여기를 클릭하거나 탭하십시오. |

**아래에 사건에 대해 자세히 설명해 주십시오. 필요 시 추가 용지를 사용하십시오.**

문자를 입력하려면 여기를 클릭하거나 탭하십시오.

**섹션 3- 개인, 시장 또는 클리닉에 대한 불만 사항:**

|  |  |
| --- | --- |
| 이름  | 이름 성 |
| WIC 참여자인 경우, 참여자 ID: |       | WIC 참여자 ID를 모름 [ ]  |
| 시장 또는 클리닉 이름:  |       |
| 주소:  | 주소 1 주소 2 |
| 시, 주, 우편번호: | 시, 주, 우편번호 |
| 전화번호 (###) ###-####:  | (   )    -     |

**섹션 4 - 불만 사항 기록 담당자:**

|  |  |
| --- | --- |
| 이름:  | 이름 성 |
| 날짜(mm/dd/yyyy): |   /  /     |
| 시간: |       |
| 전화번호 (###) ###-####:  | (   )    -     |

워싱턴주 WIC 프로그램에 보고할 수 있습니다. 1-800-841-1410, 내선 2번으로 전화해 2번을 선택하면 Farmers Market Nutrition Program(FMNP, 농산물직판장영양프로그램) 담당자와 통화할 수 있습니다.

DOH 964-001 August 2024 Korean KorenKorean

본 양식을 다음으로 이메일, 우편 또는 팩스로 발송해 주십시오.

WIC FMNP Coordinator

Washington WIC Program

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

Fax: 360-236-2345 / Email: FMNPteam@doh.wa.gov

본 기관은 기회 균등 서비스 기관입니다.

워싱턴 WIC은 차별하지 않습니다.

본 문서를 다른 형식으로 요청하려면 1-800-525-0127로 전화하십시오.

청각 장애가 있는 고객은 전화 711(Washington Relay)

또는 이메일 doh.information@doh.wa.gov로 연락하시면 됩니다.