



캘리포니아 보호 및 옹호 시스템

시험 및 면허 편의 관련 차별 보고서

2019년 9월, 발행물 #7145.03

미국 장애인 법 및 기타 주법과 연방법은 지원, 면허, 또는 전문 인증과 관련된 시험을 제공하는 민간, 주 또는 지방 정부 기관이 장애에 근거해서 차별을 적용하는 것을 금지합니다. 이는 그러한 시험을 제공하는 기관이 장애인에게 평등한 접근을 보장하고 적절한 시험 편의를 제공해야 함을 의미합니다. 이 요구 사항은 **SAT, MCAT** 또는 **GRE**와 같은 학업 입학 시험뿐만 아니라 캘리포니아 주 변호사 시험과 같은 전문 면허 시험에도 적용됩니다.

시험 편의에는 시험 환경의 물리적 변경뿐만 아니라 점자 또는 큰 활자 시험지, 스크린 읽기 소프트웨어 또는 ASL 통역사와 같은 보조 지원 및 서비스가 모두 포함됩니다. 시험 편의의 다른 예로는 시험 시간 연장, 시험 중 음식 및 의약품에 대한 접근 또는 방해가 없는 시험공간이 포함됩니다. 그 목표는 장애가 있는 사람이 시험에서 장애보다는 자신의 진정한 적성 또는 성취 수준을 보여줄 기회를 갖도록 하는 것입니다. 그러나 시험 제공 업체는 시험의 성격을 근본적으로 변경하거나 시험이 측정해야 하는 기술 자체에 도움을 주는 시험 조정을 승인할 필요는 없습니다.

시험 편의에 관한 다른 정보는 다음을 참조하십시오:

미국 법무부 웹사이트:

- 시험 및 면허 자료:
https://www.ada.gov/regs2014/testing_accommodations.html
- HIV/AIDS 환자의 직업 훈련 및 주 면허 취득 관련 권리에 관한 정보
https://www.ada.gov/qahivaids_license.pdf

구직 네트워크 웹사이트:

- 이용 가능한 정보:
<https://askjan.org/topics/test.cfm>

시험 및 면허 관련 편의 취득하기

다음은 시험 또는 면허 또는 지원에 있어서 편의를 취득하기 위해 거쳐야 하는 단계입니다:

1. 편의 요청서를 작성하십시오. 귀하의 요청은 다음을 설명해야 합니다:
 - 귀하가 장애인이라는 점 (장애 명을 공개할 필요는 없음)
 - 장애가 시험 수행 능력에 영향을 미치는 방식
 - 필요한 특정 시험 편의 (개조/보조 도구 및 서비스), 그리고
 - 응답을 기대하는 날짜.
2. 편의 제공에 필요한 서류를 입수하십시오. 문서는 다음 중 하나일 수 있습니다:
 - 귀하가 유사한 시험 상황에서 편의를 제공받은 기록이 있음을 보여주는 서류 또는
 - 의사 또는 다른 치료 전문가의 소견서. 소견서는 장애로 인해 요청하는 개조가 필요한 이유를 설명해야 합니다.
3. 서면 요청 및 지원 문서를 시험 공급자에게 보내십시오.

편의 요청서 견본 및 소견서 견본이 이 보고서의 끝부분에 있습니다. 시험 또는 면허 발행 기관에서 제공한 양식을 사용해도 됩니다.

시험 및 면허 발행 기관은 적시에 편의 요청을 해야 합니다. 그들은 귀하에게 편의 제공에 대한 추가 정보를 요구할 수도 있습니다. 그러나 그러한 요청은 합리적이어야 하고 요청된 시험 조정에 필요한 내용에 제한되어야 합니다. 시험 또는 면허 기관이 요청된 편의 시설의 필요성을

결정하는 데 필요한 것 이상의 정보를 제공하도록 요청하는 경우, 귀하는 해당 정보를 제공할 필요가 없습니다.

행정 불만

공공 기관:

주 또는 지방 정부 기관에 의해 차별을 받았다고 생각되는 경우 연방법에 따라 미국 법무부 (DOJ, Department of Justice) 또는 주법에 따라 DFEH 에 행정 불만을 제기할 수 있습니다. DOJ 에는 차별 행위 후 180 일 이내에 불만을 제기해야 합니다. DFEH 에는 차별 행위 후 1 년 이내에 불만을 제기해야 합니다. DOJ 와 DFEH 의 연락처 정보는 다음과 같습니다.

민간 기업:

귀하가 민간 시험 기업에 의해 차별을 받았다고 생각되면 (ADA, Americans with Disabilities Act) 표제 III 에 따라 DOJ 또는 주법에 따라 (DFEH, Department of Fair Employment and Housing)에 행정 불만을 제기할 수 있습니다. DFEH 불만은 차별 행위 후 1 년 이내에 제기해야 합니다. 결정 후 10 일 이내에 DFEH 결정에 대해 DFEH 책임자에 항소할 수 있습니다. C.C.R. 제 2 편 10033 장을 참조하십시오.

편제 III 불만은 언제든지 DOJ 에 제기할 수 있습니다. 그러나 시간이 지남에 따라 차별을 증명하기가 더 어려워질 수 있으므로 가능한 빨리 제출하는 것이 가장 좋습니다. DOJ 와 DFEH 의 연락처 정보는 다음과 같습니다.

DOJ 및 DFEH 연락처 정보:

DOJ 불만사항:

U.S. Department of Justice
Civil Rights Division
950 Pennsylvania Avenue, N.W.
Disability Rights Section – 1425 NYAV
Washington, D.C. 20530

온라인 제출: https://www.ada.gov/filing_complaint.htm

전화번호: (800) 514-0301

TTY: (800) 514-0383

DFEH 불만사항:

온라인 제출: <https://www.dfeh.ca.gov/filing-a-complaint-online/>

전화번호: (800) 884-1684

TTY: (800) 700-2320

우편: (800) 884-1684 로 전화하여 적절한 불만 신고 양식을 요청하시고, 인쇄하여 제출하십시오. 우편 및 처리에 추가 시간을 허용하십시오.

소송

위에서 논의된 법률을 위반할 경우 개인 소송을 통해 법이 집행될 수도 있습니다. 제한 규정으로 소송 제기 기간이 제한되며, 적용 가능한 제한 법령 내에서 조치를 취하지 않으면 청구가 기각될 수 있습니다. 이 마감일은 차별이 발생한 날로부터 2 년 미만일 수 있습니다.

일만 달러 미만 금액의 손해 배상을 청구하는 경우에 또 다른 선택사항은 소액 청구 법원에 차별 사건을 제기하는 것입니다. 위에서 논의한 제한 규정이 적용됩니다. 소액 청구 법원에 가면 변호사를 쓸 수 없습니다. 다음은 차별 사건에 소액 청구를 사용하는 과정을 설명하는 Disability Rights California 발행물 링크입니다.

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/a-guide-to-small-claims-court-how-to-sue-if-a-business-or-landlord-discriminates>

또한 정부 불법 행위 청구법에 따르면 주 또는 지방 정부 기관에 대한 손해 배상 소송을 제기하기 전에, 차별 사건 발생 후 6 개월 이내에 정부 불법 행위 청구를 제기해야 합니다. 불법 행위 청구에 대한 자세한

내용은 <https://www.disabilityrightsca.org/publications/tort-claims-filing-claims-against-public-entities-under-the-california-tort-claims-act> 에서 확인할 수 있습니다. 이 웹 사이트는 주 또는 주 정부 기관 또는 직원에 대한 청구 양식으로 연결되는데, 귀하의 경우에는 적용되지 않을 수도 있다는 점을 주의하십시오. 다른 공공 기관은 기관 웹사이트에 불법 행위 청구 양식이 있을 수도 있습니다. 소송에 관심이 있는 경우 최대한 빨리 변호사와 상담해야 합니다.

편의 요청 서신 견본

[날짜]

[시험사/ 면허 기관]께:

저는 저의 [장애]에 대한 [편의]를 요청하기 위해 서신을 쓰고 있습니다.

저는 [시험 날짜]에 [시험 이름]을 치를 계획입니다. 저의 장애 때문에 다음 사항이 필요합니다. [편의 목록 나열].

저의 [의사/정신과 의사/심리학자/치료사/사회 복지사/직업 치료사/기타 개인 (설명)]은 저의 장애에 비추어 이러한 개조가 필요한 것으로 판단했습니다. 첨부된 [의사 또는 전문의의 소견서/시험 조정에 대한 문서]를 참조하십시오.

연방법과 주법은 시험 및 면허 기관이 장애인에게 편의 시설을 제공하여 시험에 개인의 기술이나 능력이 정확하게 반영될 것을 요구합니다. [날짜]까지 이 요청에 응답해 주십시오. 궁금한 점이 있으시면 [전화 번호 및/또는 이메일 주소]로 저에게 연락해 주십시오. 감사합니다.

진정으로,

[귀하의 이름]

[귀하의 주소]

소견서 견본

[날짜]

[시험사/ 면허 기관]께

저는 [귀하의 이름]의 [의사/정신과 의사/심리학자/치료사/사회 복지사/직업 치료사]이며 이분의 상태를 잘 알고 있습니다. 이분은 특정 기능 제한을 일으키는 장애가 있습니다. 이러한 제한 사항에는 [요청된 편의가 필요한 기능적 제한 사항 나열]이 포함됩니다.

[이름]의 적성과 기술을 정확하게 반영하려면 [시험]에서 [이름]의 성과에 [요청된 편의]가 필요합니다. [편의가 어떻게 개인을 돕거나 지원하는지 설명하십시오].

[이름]에 [편의]를 제공해 주셔서 감사합니다.

진정으로,

[전문가의 이름과 직함]

최종 업데이트: 2019년 9월 9일

귀하의 의견을 듣고 싶습니다! 저희 발행물에 대한 다음 설문조사에 참여해 주셔서 저희가 잘 하고 있는지 알려주십시오! [\[설문조사 참여하기\]](#)

법적인 도움이 필요하시면 800-776-5746 으로 전화하여 [지원 요청 서류 양식](#)을 작성해 주십시오. 기타 다른 문제에 대해서는 916-504-5800 (북가주) 또는 213-213-8000 (남가주)으로 전화해 주십시오.

캘리포니아 장애인 권익회는 다양한 기관들로부터 자금을 지원받고 있으며, 자금 제공자의 전체 목록을 보려면 <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>을 참조하십시오.