

# Bellevue 市 Americans with Disabilities Act ( 美国残疾人法案 , ADA ) 投诉表



## 说明 :

如果您希望向 Bellevue 市提交 Americans with Disabilities Act ( 美国残疾人法案 , ADA ) 投诉表 , 请填写下列表单并寄送至 :

City of Bellevue  
Attn: Human Resource Director  
P.O. Box 90012  
Bellevue, WA 98009-9012

仅限 Bellevue 市使用

Received

Response

Report

Briefing

您的姓名 : \_\_\_\_\_

电话号码 : \_\_\_\_\_

电子邮箱 : \_\_\_\_\_

家庭住址 : \_\_\_\_\_

街道

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

Bellevue 市涉诉场所 \_\_\_\_\_

该事件于何时发生 ? \_\_\_\_\_

