Bellevue市Americans with Disabilities Act (米国障害者法、ADA) 苦情フォーム



	_	_	
三台		Я	
пπ.	ш	н	_

Americans with Disabilities Act (米国障害者法、ADA) 苦情フォームをBellevue市に提出される場合、以下のフォームに全て記入し、以下の宛先までご送付ください。

City of Bellevue

Attn: Human Resource Director

P.O. Box 90012

Bellevue, WA 98009-9012

Bellevue市の使用に限る			
Received			
Response			
Report			
Briefing			

あなたのお名前:				
電話番号:				
電子メールアドレス:				
お家の所在地:	ストリート			
 市	州			
苦情に関係するBellevue市の場所				
事件はいつ発生しましたか?				

本苦情を促すに至った事件についてご説明ください。 追加に回答を続けて本フォームに添付してください。	のスペースが必要な場合、別の紙
偽証罪によって罰せられるという条件でここに記載し であることを認めます。本苦情の提出後、ここに記載 問題になることを理解しています。	
	 日付
 および / または被害者の署名 (異なる場合)	日付



別の形式、通訳、または合理的変更の要求については、少なくとも48時間前に 425-452-6168 (音声)までお電話いただくか、 bamson@bellevuewa.gov.にメールをお送りください。 変更に関する苦情については、Bellevue市ADA、1964年公民権法第六編、機会均等担当官 (ADATitleVI@bellevuewa.gov)までお問い合わせください。