



# Bellevue市第6章苦情フォーム

あなたが人種、肌の色、国籍（英語が上手く使えないことを含む）を理由に市のプログラムやアクティビティで差別されたと思われる場合、本フォームに記入し、以下に郵送することにより、公式に苦情を提出することができます。

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： \_\_\_\_\_

本苦情についてあなたにご連絡する際最もご都合の良い時間帯

- 午前 7~10 時   
  午前 10 時~午後 1 時   
  午後 1~4 時   
  午後 4~7 時

電子メールアドレス： \_\_\_\_\_

郵便宛先： \_\_\_\_\_

ストリート

市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

ご主張に係る差別は何に基づくものでしたか？該当する全てをお選びください。

- 人種   
  色   
  国籍（英語が上手く使えないことを含む）

ご主張に係る事件が起きた日 \_\_\_\_\_

ご主張に係る差別をした機関または人物：

名前： \_\_\_\_\_

市 州 郵便番号

電話番号： \_\_\_\_\_





あなたの苦情を裏付ける追加的情報を得るために当局が接触する必要人物が他にいらっしゃる場合は挙げてください。その人物の電話番号、住所、電子メールアドレス等を含めてください。

名前： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

電子メールアドレス： \_\_\_\_\_

郵便宛先： \_\_\_\_\_

ストリート

市

州

郵便番号

名前： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

電子メールアドレス： \_\_\_\_\_

郵便宛先： \_\_\_\_\_

ストリート

市

州

郵便番号

本苦情と同一内容の苦情を提出した機関が他にありましたら挙げてください。

名前： \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

---

御署名（必須）

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。

BHR-23-8119JA