

Bellevue 시 Americans with Disabilities Act (미국 장애인법, ADA) 민원 양식



지침:

Bellevue 시에 Americans with Disabilities Act (미국 장애인법, ADA) 민원을 제출하려면 아래 양식을 작성하여 다음 주소로 보내주시기 바랍니다.

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

Bellevue 시 전용		
Received		
Response		
Report		
Briefing		

이름: _____

전화번호: _____

이메일 주소: _____

자택 주소: _____

도로

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

Bellevue 시 내 민원과 관련된 장소 _____


언제 관련 사건이 발생했나요? _____

이 민원을 제기하게 된 사건에 대해 설명해 주십시오. 추가 공간이 필요한 경우 다른 용지에 답변을 이어서 작성하여 본 양식에 첨부해 주십시오.

위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건에 따라 제공된 정보가 본인이 아는 한 사실임을 입증합니다. 본 민원을 제출한 후 본인이 제공하는 모든 정보가 공개적인 기록이 된다는 것을 이해하였습니다.

민원 제출인 서명	날짜
-----------	----

및/또는 피해 당사자의 서명(제출인과 다른 경우)	날짜
-----------------------------	----

 대체 양식, 통역사 또는 합리적인 수정 요청은 최소 48시간 전에 425-452-6168 (음성) 또는 이메일 bamson@bellevuewa.gov로 전화해 주시기 바랍니다. 수정에 관한 불만 사항은 Bellevue 시 ADA, 타이틀 VI 및 평등 기회 담당자에게 ADATitleVI@bellevuewa.gov로 문의하시기 바랍니다.