



Bellevue 시 타이틀 VI 민원 양식

인종, 피부색, 출신 국가(제한된 영어 능력 포함) 등을 이유로 시 프로그램이나 활동에서 차별을 받았다고 생각하시는 경우, 이 양식을 작성하여 다음 주소로 우편 발송함으로써 공식적으로 민원을 제기할 수 있습니다.

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

| Bellevue 시 전용 | | |
|---------------|--|--|
| Received | | |
| Response | | |
| Report | | |
| Briefing | | |

이름: _____

전화번호: _____

해당 민원에 대한 통화 가능 시간대:

오전 7시~10시 오전 10시~오후 1시 오후 1시~4시 오후 4시~7시

이메일 주소: _____

우편 주소: _____

도로

차별이라고 생각한 이유는 무엇인가요? 해당되는 항목을 모두 선택:

인종 피부색 출신 국가(제한된 영어 능력 포함)

사건 발생 날짜: _____

차별 혐의에 책임이 있는 기관 또는 개인:

이름: _____

시

주

우편번호

전화번호: _____

이름: _____

시

주

우편번호

전화번호: _____

이름: _____

시

주

우편번호

전화번호: _____

이름: _____

시

주

우편번호

전화번호: _____

이름: _____

시

주

우편번호

전화번호: _____

민원을 확인할 수 있도록 추가 정보가 필요한 경우, 연락 가능한 다른 사람이 있다면 기재해주시요.
전화번호, 주소, 이메일 주소 등을 기재해 주세요.

이름: _____

전화번호: _____

이메일 주소: _____

우편 주소: _____

도로

시

주

우편번호

이름: _____

전화번호: _____

이메일 주소: _____

우편 주소: _____

도로

시

주

우편번호

민원을 확인할 수 있도록 추가 정보가 필요한 경우, 연락 가능한 다른 사람이 있다면 기재해주시요.
전화번호, 주소, 이메일 주소 등을 기재해 주세요.

이름: _____ 주: _____

이름: _____ 주: _____

이름: _____ 주: _____

이름: _____ 주: _____

이름: _____ 주: _____

서명(필수)

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.

BHR-23-8119-KO