



Bellevue 市 《第六章》 投诉表

如果您认为在本市的项目或活动中，您因为种族、肤色或血统（包括英语能力有限）而受到歧视，则您可以填写本表单并寄送至下列邮寄地址，提起正式投诉：

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： _____

就本投诉联系您的最佳时间：

- 上午 7-10 点
 上午 10 点 - 下午 1 点
 下午 1-4 点
 下午 4-7 点

电子邮箱： _____

邮寄地址： _____

街道

城市

州

邮编

您所指称的歧视基于哪一方面？请选择所有适用项：

- 种族
 肤色
 血统（包括英语能力有限）

您所指称的事件发生的日期： _____

请列出任何我们应当联系的其他人员，以获取能够支持您投诉内容的额外信息。请写明其电话号码、地址、电子邮箱等。

姓名： _____

电话号码： _____

电子邮箱： _____

邮寄地址： _____

街道

城市

州

邮编

姓名： _____

电话号码： _____

电子邮箱： _____

邮寄地址： _____

街道

城市

州

邮编

请列明您已提起相同投诉的任何其他机构：

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

签名 (必填)

日期



如需此文件的其他格式、翻译人员或合理的便利请求，请至少提前 48 小时致电 425-452-6168 (语音) 或发送邮件至 bamson@bellevuewa.gov。如需对修改提出投诉，请通过 ADATitleVI@bellevuewa.gov 联系 Bellevue 市《美国残疾人法案》(ADA)、第 VI 篇，以及平等机会专员。