

# Bellevue 市 Americans with Disabilities Act (美國身心障礙者法案, ADA) 投訴表單



## 說明：

若您想向 Bellevue 市提交 Americans with Disabilities Act (美國身心障礙者法案, ADA) 投訴表單, 請填寫下方表單並寄送至：

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

僅限 Bellevue 市使用

Received

Response

Report

Briefing

您的姓名：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

電子郵件地址：\_\_\_\_\_

住家地址：\_\_\_\_\_

街道

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

投訴涉及的 Bellevue 市地點 \_\_\_\_\_

事件發生於何時？ \_\_\_\_\_

