

# Форма жалобы на основании Раздела VI, г. Bellevue



Если вы считаете, что подверглись дискриминации в рамках городских программ или мероприятий из-за вашей расы, цвета кожи или национального происхождения (включая ограниченное знание английского языка), вы можете подать официальную жалобу, заполнив эту форму и отправив ее по почте по адресу:

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

Только для использования в городе Bellevue

|          |  |  |
|----------|--|--|
| Received |  |  |
| Response |  |  |
| Report   |  |  |
| Briefing |  |  |

Ваше имя: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Лучшее время дня для контакта с вами по поводу данной жалобы:

7:00-10:00     10:00-13:00     13:00-16:00     16:00-19:00

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

По какому признаку имела место предполагаемая дискриминация?

Выберите все применимое:

- Раса     Цвет кожи     Национальное происхождение (включая ограниченное знание английского языка)

Дата предполагаемого инцидента: \_\_\_\_\_

Учреждение или лицо(а), ответственные за предполагаемую дискриминацию:

ФИО: \_\_\_\_\_

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона: \_\_\_\_\_





Перечислите других лиц, с которыми нам следует связаться для получения дополнительной информации в поддержку вашей жалобы. Пожалуйста, укажите их номера телефонов, адреса, адреса электронной почты и т. д.

ФИО: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

ФИО: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

Перечислите любые другие учреждения, в которые вы подали аналогичную жалобу:

ФИО: \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

---

Подпись (обязательно)

дата



Для получения данных в альтернативных форматах, услуг переводчиков и для направления обоснованных запросов о вносимых изменениях звоните по телефону 425-452-6168 (для голосовых сообщений) или пишите по адресу эл. почты [bamson@bellevuewa.gov](mailto:bamson@bellevuewa.gov) не позднее, чем за 48 часов до получения запрашиваемой услуги. С жалобами на внесенные изменения обращайтесь к сотруднику, занимающемуся вопросами равных возможностей и соблюдением Титула VI, ADA по адресу [ADATitleVI@bellevuewa.gov](mailto:ADATitleVI@bellevuewa.gov).

BHR-23-81119-RU