

# Форма жалобы на основании Americans with Disabilities Act (Закона об американцах с ограниченными возможностями, ADA), г. Bellevue



## Указания:

Если вы хотите подать в администрацию города Bellevue жалобу на основании Americans with Disabilities Act (Закона об американцах с ограниченными возможностями, ADA), заполните форму ниже и отправьте ее 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: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

улица

город

штат

почтовый индекс

Локация в городе Bellevue, указанная в жалобе \_\_\_\_\_

Когда произошел инцидент? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, опишите инцидент, ставший причиной подачи данной жалобы. Если вам требуется дополнительное место, продолжите свой ответ на другом листе бумаги и прикрепите его к этой форме.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная информация соответствует действительности. Я понимаю, что вся предоставленная мной информация станет общедоступной после подачи этой жалобы.

---

Подпись заявителя

дата

---

И (или) подпись потерпевшей стороны (если отличается)

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-23-8062-RU