



Bellevue 第六章投訴表單

若您認為自己因為種族、膚色或國籍（包括有限英語能力）而遭受本市計劃或活動歧視，可填寫此表單提交正式投訴，並寄送郵件至：

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： _____

適合聯絡您投訴相關事項的時間：

- 上午 7 點至 10 點
- 上午 10 點至下午 1 點
- 下午 1 點至 4 點
- 下午 4 點至 7 點

電子郵件地址： _____

郵寄地址： _____

街道

城市

州

郵遞區號

所指控歧視基於？選擇所有適用項：

- 種族
- 膚色
- 國籍（包括有限英語能力）

指控事件日期： _____

負責歧視指控的機構或人員：

姓名： _____

城市	州	郵遞區號
----	---	------

電話號碼： _____

姓名： _____

城市	州	郵遞區號
----	---	------

電話號碼： _____

姓名： _____

城市	州	郵遞區號
----	---	------

電話號碼： _____

姓名： _____

城市	州	郵遞區號
----	---	------

電話號碼： _____

姓名： _____

城市	州	郵遞區號
----	---	------

電話號碼： _____

描述該歧視指控。請說明發生的事、您認為的發生原因，以及您如何遭受歧視。指出涉及者。請務必包括您認為其他人與您所受對待不同。請將任何佐證文件附在此表單上。若需要額外空間，請在另一張紙上繼續回應，並附在此表單上。

您對於歧視指控尋求的救濟是？請注意，此流程不會導致懲罰性損害賠償或其他財務補償。

請列出我們應聯絡的人員，以獲得能佐證投訴的額外資訊。請提供其電話號碼、地址、電子郵件地址等。

姓名： _____

電話號碼： _____

電子郵件地址： _____

郵寄地址： _____

街道

城市

州

郵遞區號

姓名： _____

電話號碼： _____

電子郵件地址： _____

郵寄地址： _____

街道

城市

州

郵遞區號

請列出您提交相同投訴的其他機構。

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

姓名： _____ 州 _____

簽名 (必填)

日期



如需其他格式、口譯者或合理的便利請求，請至少提前 48 小時撥電 425-452-6168 (語音) 或發送電郵至 bamson@bellevuewa.gov。如有針對便利措施的投訴，請發送電郵至 ADATitleVI@bellevuewa.gov 聯絡 Bellevue ADA，第 VI 章及平等機會官。