



圣莫尼卡市
交通部
蓝色大巴士

《美国残疾人法案》第二章 1973 年《康复法案》第 504 节
歧视投诉表

请完整填写此表格。请打印或键入信息。

请签署此表格并将此表格寄回以下地址。

投诉人姓名：

地址：

城市、州和邮政编码：

家庭电话：

手机：

电子邮件：

被歧视人士（如投诉人以外）：

地址：



城市、州和邮政编码：

家庭电话：

手机：

电子邮件：

您认为存在歧视行为的政府、组织或机构：

名字：

地址：

城市、州和邮政编码：

家庭电话：

手机：

电子邮件：

歧视是什么时候发生的？

日期：

时间：

歧视发生在何处？

位置：



City of
**Santa
Monica**

城市、州和邮政编码：



您打算向其他机构或法院提交申请吗？

圆圈一： 是的 | 无

代理机构或法院：

联络人：

地址：

城市、州和邮政编码：

额外的答案空间：

签名：

日期：

将表格退回至：

圣莫尼卡市交通部

联系人：Bridget Cade, 行政服务官员

第七街 1660 号

圣莫尼卡, CA 90401

Bridget.cade@santamonica.gov