

شهر سانتا مونیکا

وزارت حمل و نقل

اتوبوس آبی بزرگ

عنوان دوم قانون آمریکایی های دارای معلولیت بخش 504 قانون توانبخشی فرم

شکایت تبعیض 1973

لطفا این فرم را به طور کامل پر کنید. لطفا اطلاعات را چاپ یا تایپ کنید.

لطفا این فرم را امضا کرده و به آدرس زیر برگردانید.

نام شاکی:

---

آدرس:

---

شهر، ایالت و زیپ:

---

تلفن خانه:

تلفن همراه:

---

ایمیل:

---

شخصی که مورد تبعیض قرار گرفته است (اگر غیر از شاکی باشد):

---

آدرس:

---

شهر، ایالت و زیپ:

---

تلفن خانه:

تلفن همراه:

---

ایمیل:

---



آیا شکایت به وزارت دادگستری یا هر آژانس یا دادگاه حقوق مدنی فدرال، ایالتی یا محلی دیگری ارائه شده است؟

دایره یک: بله | نه

اگر بله، لطفا اطلاعات زیر را ارائه دهید:

آژانس یا دادگاه:

تماس با شخص:

آدرس:

شهر، ایالت و زیپ:

آیا قصد دارید به آژانس یا دادگاه دیگری مراجعه کنید؟

دایره یک: بله | بدون

آژانس یا دادگاه:

تماس با شخص:

آدرس:

شهر، ایالت و زیپ:

فضای اضافی برای پاسخ ها:

---

---

---

---

امضا:

---

تاریخ:

---

فرم بازگشت به:

شهر سانتا مونیکا، وزارت حمل و نقل  
توجه: بریجت کید، افسر خدمات اداری

خیابان هفتم 1660

سانتا مونیکا، کالیفرنیا 90401

[Bridget.cade@santamonica.gov](mailto:Bridget.cade@santamonica.gov)