



サンタモニカ市
運輸省
ビッグブルーバス

障害を持つアメリカ人法のタイトルII 1973年のリハビリテ
ーション法のセクション504差別苦情フォーム

このフォームに完全に記入してください。情報
を印刷または入力してください。
このフォームに署名し、下記の住所までご返送ください。

申立人名:

住所:

市区町村、都道府県、郵便番号:

自宅の電話:

携帯:

電子メール:

差別を受けた人(申立人以外の場合):

住所:

市区町村、都道府県、郵便番号:

自宅の電話:

携帯:

電子メール:



差別的な行為を行ったと思われる政府、組織、または機関:

名前:

住所:

市区町村、都道府県、郵便番号:

自宅の電話:

携帯:

電子メール:

差別はいつ発生しましたか?

日付:

時間:

差別はどこで起こったのですか?

場所:

差別行為について説明し、個人の名前(可能な場合)と、バス番号や路線番号(該当する場合)を含む事件の詳細を提供します。



署名:

日時:

フォームの返送先:

サンタモニカ市、運輸省

宛先: **Bridget Cade**、管理サービスオフィサー

1660セブンスストリート

サンタモニカ、カリフォルニア州90401

Bridget.cade@santamonica.gov