



산타모니카 시

교통부(DEPARTMENT OF TRANSPORTATION)

빅 블루 버스

1973년 재활법(Rehabilitation Act of 1973) 미국

장애인법(Americans with Disabilities Act) 섹션 504 차별

불만 양식

이 양식을 완전히 작성하십시오. 정보를

인쇄하거나 입력하십시오.

이 양식에 서명하여 아래 표시된 주소로 보내주십시오.

고소인 이름:

---

주소:

---

도시, 주 및 우편번호:

---

집 전화:

핸드폰:

---

메일 주소:

---

차별을 받은 사람(고소인이 아닌 경우):

---



---

주소:

---

도시, 주 및 우편번호:

---

집 전화:

핸드폰:

---

메일 주소:



차별 행위를 저질렀다고 생각되는 정부, 조직 또는 기관:

이름:

---

주소:

---

---

도시, 주 및 우편번호:

---

집 전화:

핸드폰:

---

메일 주소:

---

차별은 언제 발생했는가?

---

날짜:

시간:

---

차별은 어디에서 발생했는가?

---

위치:

차별 행위를 설명하고, 개인의 이름(가능한 경우)과 버스 및 노선 번호(해당되는 경우)를 포함한 사건의 세부 정보를 제공합니다.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



불만 사항이 법무부 또는 기타 연방, 주 또는 지역 시민권 기관 또는 법원에 제출되었습니까?

서클 1:                   예           |           아니요

그렇다면 다음 정보를 제공하십시오.

기관 또는 법원:

담당자:

주소:

도시, 주 및 우편번호:

다른 기관이나 법원에 소송을 제기할 의향이 있습니까?

서클 1:                   예           |           

기관 또는 법원 없음:

담당자:

주소:

도시, 주 및 우편번호:

답변을 위한 추가 공간:

서명:

---

---

날짜:

**양식 반환:**

산타모니카 시, 교통부

수신인: Bridget Cade, 행정 서비스 책임자

1660 세븐스 스트리트

산타 모니카, CA 90401

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