



《美国残疾人法案》(ADA) 投诉表

A. 联系信息

投诉日期: _____
投诉人姓名: _____
代理人姓名 (若不同于投诉人): _____ 与投诉人之间的关系: _____
邮寄地址: _____
电话: _____ 电子邮箱: _____
传真: _____ 请列出您更喜欢的联系方式: _____

B. 投诉

- 1. 您欲投诉的涉及违规的市政部门: _____
2. 请简要描述涉嫌违反《美国残疾人法案》(ADA) 要求的情形: _____
3. 涉嫌违规的日期 _____
4. 涉嫌违规的地点 _____
5. 与您所遇到的问题相关的任何市政人员的姓名 (若知晓): _____
6. 请指出一条可以解决此涉嫌违规行为的建议纠正措施: _____
7. 签名 (勾选一项)
 投诉人 代理人
签名: _____ 日期: _____

C. 仅供市政工作人员使用

接收日期: _____
姓名: _____