



## ADA 投訴表

如果您對我們服務的可訪問性有投訴，或認為您已經由於您的殘疾而受到歧視，您可以提出投訴。請提供全部有關您的問題或投訴的事實和情況，以便我們能夠全面調查該事件。

1. 投訴人姓名：		
地址：		
城市：	狀態：	郵遞區號：
白天電話：		
電子郵件：		
您喜歡透過電子郵件與我們聯繫嗎？	是的	不
2. 您是否代表自己提出此投訴？		
是 如果是，請轉至問題 6。		否 如果否，請轉至問題 3。
3. 請提供您的姓名和地址。		
投訴人姓名：		
地址：		
城市：	狀態：	郵遞區號：
白天電話：		
電子郵件：		
您喜歡透過電子郵件與我們聯繫嗎？	是的	不
4. 您與您所代表的申訴人是什麼關係？		
5. 請確認您已獲得受害人的許可才能提起訴訟 代表他們提出投訴。		
是的，我有許可。		不，我沒有權限
6. 我相信我所經歷的歧視是基於（勾選所有適用項）		
無障礙問題	基於殘疾的歧視	其他
7. 涉嫌歧視的日期（月、日、年）：		
8. 所指控的歧視發生在哪裡？		



ADA 投訴表

9. 盡可能清楚地解釋發生的事情以及您認為自己受到歧視的原因。描述所有涉及的人員。包括歧視您的人的姓名和聯絡資訊（如果知道）。如果需要額外空間，請使用此表格的背面或單獨的頁面。

10. 請列出所有證人的姓名和電話號碼/聯絡資訊。  
如果需要額外空間，請使用此表格的背面或單獨的頁面。



ADA 投訴表

11. 您希望採取什麼類型的糾正措施？

12. 您是否向任何其他聯邦、州或地方機構提出投訴？

機構/機構/法院？

是的

不

如果是，請列出您提出投訴的機構並提供他們的聯絡資訊

需要簽名和日期：

簽名

日期

如果您完成了問題 3、4 和 5，則需要您的簽名和日期

簽名

日期

如果您因殘疾而無法完成書面投訴或需要訊息

我們可以用另一種語言為您提供協助。請致電 573-474-9446 聯絡我們並詢問人力資源總監。

請將您的投訴表提交至下列地址：

影響支援服務  
人力資源總監  
教堂山路 1605 號，B 套房  
哥倫比亞, MO 65203