
市長殘障事務辦公室

Mayor's Office on Disability



投訴／協助表

請盡量詳盡填妥此表。如果你需要幫助，請告知我們，我們樂意予以協助。如果你不清楚某項的答案，請將其留空。

姓名：_____ 電話：_____

地址：_____ 我們可否留下口訊？____

_____ 電子郵件：_____

市長殘障事務辦公室協助三藩市市及縣各部門及其承判商調查及解決殘障無障礙或歧視問題。無障礙問題大致歸屬於三種類型的其中一類。請告知我們哪一類最能描述你的問題：

建築無障礙 – 請勾選此項若無障礙問題為建築類的話 --

例如，需要設輪椅坡道，盲文標識缺失，或無障礙櫃檯對於輪椅使用者而言過高。

計畫無障礙 – 請勾選此項若無障礙問題為計劃類的話 --

例如，你因殘障無法獲得或保持市府福利或服務，你要求

請翻到次頁面 ⇒

你是否知道你所遇到的任何職員的姓名或職稱？

簽名： _____ 日期： _____

我們將向適當的實行調查的 ADA 協調員提供一份此項投訴的複印本。我們可協助此次調查並會審查結果。你應該會在最多 30 個工作日內收到部門的書面回應。否則，請與我們聯繫：

市長殘障事務辦公室

地址： **1155 Market Street, 1st Floor,**

San Francisco, CA 94103

415.554.6789 語音; 415.554.6799 TTY ;

415.554.6159 傳真 ; MOD@sfgov.org 電郵

For Office Use Only:

Staff receiving the form: _____ Date: _____
