



美國殘疾人法案 "第二部分"  
1973年康復法案 第504條

## 申請使用/申訴表格

說明：請填寫完整的表格，使用黑色墨水或打字。簽名並發送到頁面底部的地址。這表格可以通過請求以不同的格式提供。

報告個人	
姓名和地址:	
城市, 州, 郵編:	
電話號碼:	住宅: 業務:
指稱無法使用的服務, 程序或設施	
服務/計劃或設施名稱:	
地址:	
城市, 州, 郵編:	
電話號碼:	
日期:	
描述服務, 程序或設施不可使用的方式。(如有需要, 請使用其他附件)	
採取的行動 (供辦公室使用)	
報告人的簽名:	

請寄給: ADA Compliance Officer, City of Daly City  
333 90th Street, Daly City, CA 94015

For Office Use:  
File No: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_ Received By: \_\_\_\_\_