

多樣性、平等與包容辦公室  
(OFFICE OF DIVERSITY, EQUITY & INCLUSION)

WAHC -BUILDING 9-ALBANY, NY 12207

《殘障美國人士法案》投訴表

請使用本表格提交在提供服務、活動、計劃或福利的過程  
中基於殘障的投訴。

請將本表格提交至：

NYS Department of Taxation and Finance  
Attn: Designee for Reasonable Accommodation  
Building 9, Room 256  
W.A. Harriman State Office Campus  
Albany, NY 12227  
Reasonable.Accommodations@tax.ny.gov

投訴人資訊

姓名：

家庭電話號

碼：

家庭地址：

電子郵件：

1. 您提出的權利主張是針

對：州機構：

姓名：

職務：

地址：

電話：

2. 導致您提出投訴之情況發生的地點（一處或多處）和日期（一個或多個）：

您投訴的情況是否依然在繼續？

是  否

3. 請描述指控有拒絕服務、活動、計劃或福利的情況，以及您認定該做法具有歧視性的原因。請包含見證人的姓名（如有），並且附上支持性資料（如可用）。

4. A. 您是否曾向聯邦、州或地方政府機構提交關於本投訴的權利主張？

是  否

B. 您是否曾針對該投訴中的指控聘請律師？

是  否

C. 您是否曾針對本投訴提起法律訴訟或法院訴訟？

是  否

5. 完成本投訴表的一方是：

ADA 協調員

投訴人

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_