

屋崙 (奧克蘭) 市



ADA Programs Division
One Frank Ogawa Plaza, 11th Floor
Oakland, CA 94612

電話 (510) 238-5219
傳真 (510) 238-3304
711 加州 轉接服務

屋崙 (奧克蘭) 市

根據美國殘障人士法 (Americans with Disabilities Act , ADA) 第二條款提出控訴的申訴程序 (不包括僱用情況)

本申訴程序的建立是因應 1990 年美國殘障人士法 (「ADA」) 第二條款的規定。因殘障狀況在屋崙 (奧克蘭) 市 (以下稱為「本市」) 所提供的服務、活動、計劃或福利中遭到歧視，而希望提出申訴的任何人都可以使用本程序。ADA 計劃處 (ADA Programs Division) 將不會接受涉及其他公共實體或私人企業的殘障歧視申訴。**請注意：**請勿利用本表申訴針對本市員工或求職者的就業殘障歧視。後者應該連絡平等機會計劃處 (Equal Opportunity Programs Division)，電話：510-238-6468 或是寄送電子郵件至：amccullough@oaklandca.gov。

提出申訴：請儘可能詳細填寫此表。申訴應該由主張因殘障狀況而遭到歧視的個人或是授權代表儘快提出，時間不得晚於所聲稱遭到歧視之後的 60 天。如果您需要此表格的其他格式，或者在提出申訴時需要其他協助，請連絡 ADA 計劃處，電話：510.238.5219 或是寄送電子郵件至 adaprograms@oaklandca.gov。

本市對於申訴的回覆：在收到申訴的 10 個工作天內，ADA 協調人員 (或被指派者) 將會與申訴者或是代表聯絡，討論申訴內容以及可能的解決辦法。除非經申訴者或是代表同意延長期限，否則 ADA 協調員 (或被指派者) 將在收到申訴的 30 個工作天內，以申訴人容易獲取的形式透過書面回覆。回覆將會說明本市的立場，以及本市針對解決申訴將會採取的行動 (如果有)。

上訴：如果 ADA 協調人員 (或被指派者) 的回覆在問題的解決上不能令人滿意，申訴者和/或被指派者可以在收到本市管理人員回覆之後的 10 個工作天之內對於決定提出上訴。市 ADA 協調員關於住宅區街道殘疾人停車區，路邊坡道或人行道維修所做的拒絕上訴決定即最終結果，不可上訴。

本市對於上訴的回覆：本市管理員 (或被指派者) 在收到上訴的 10 個工作天內將會與申訴者面談，討論申訴內容以及可能的解決辦法。在進行面談後的 20 個工作天內，申訴人將會收到回覆，其中可能會確認或修改本市 ADA 協調員的決定。

所有 ADA 協調員收到的已記錄申訴、對本市管理員提出的上訴以及這些機關的回覆將會由屋崙 (奧克蘭) 市保存至少三年。

本市不會因為您提出申訴而對您報復。嚴厲禁止與提出本申訴相關的任何形式報復行為，倘若發生任何此類行為應該立刻向 ADA 協調員報告。

請注意，您在本申訴表中所提供的某些資訊可能會根據加州公共檔案法 (California Public Records Act) 進行公開揭露。但是，本市將盡一切合理努力，在符合法律規定的最大程度下確保維護整個申訴、調查以及糾正行動過程中的資訊保密性。此外，倘若本市裁定您的申訴需要進一步調查，可能需要與見證人面談，而被告可有機會回應您的指控。

請將您的 ADA 申訴表送交至：

**ADA Coordinator
ADA Programs Division
One Frank Ogawa Plaza, 11th Floor
Oakland, CA 94612
語音：510-238-5219
加州轉接服務：711**

電子郵件： adaprograms@oaklandca.gov

請注意：如果您提出設置路緣坡道、人行道維修或是殘障停車區的要求，但是沒有獲得令人滿意的結果，請利用本申訴程序。**ADA** 協調員對您申訴的回復即最終決定。

如果您沒有提出要求，請先提出要求。

[若要提出人行道維修、路緣坡道或是殘障停車區的要求，請點擊此處索取申請資料。](#)

[要申請殘疾人停車位，請點擊此處索取申請資料。](#)

您也可以致電 311 或 510-615-5566 或是發送電子郵件至 oak311@oaklandca.gov 以提出要求。

申訴表

針對因殘障所引發進出違規與歧視的申訴

本市員工與求職者如果想要對於殘障歧視提出申訴，應該聯絡平等機會計劃處，電話：510-238-3500 (語音)；510-238-4749 (傳真)。請勿使用此表。本市的人事政策管轄與就業有關的殘障歧視申訴。

請在下面儘可能填寫完整資訊。如果需要，也可以使用背面或是另加頁面。

1. 申訴性質

人行道維修遭拒

路緣坡道遭拒

殘障停車區遭拒

其他 ADA 問題：(簡短說明) _____

2. 您的資訊

姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：住家：_____ 公司：_____

移動電話：_____

電子郵件：_____

勾選所有偏好的通訊方式：

語音電話 711 加州轉接服務 電子郵件 美國信件

其他：_____

您與申訴者的關係 本人 家庭成員/監護人

支持者 其他：_____

3. 您是否代表其他人提出此申訴？

如果是，請在此輸入其資訊：

姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：住家：_____ 公司：_____

行動電話：_____

電子郵件：_____

勾選所有偏好的通訊方式：

語音電話 711 加州轉接服務 電子郵件 美國信件

其他：_____

4. 控訴對象

本市員工 和/或 本市部門

姓名：_____

職務：_____

本市部門：_____

地址：_____

電話號碼：_____

5. 控訴資訊

事件發生日期：_____

事件發生時間：_____

事件發生地點：_____

6. 控訴描述

請詳細描述您的申訴性質。

7. **見證人資訊** (如果有其他人目擊事件，請在此列出他們的姓名與聯絡資訊。)

姓名： _____

職務與部門 (如果為市政雇員)： _____

地址： _____

電話號碼/電子郵件/其他聯絡資訊： _____

姓名： _____

職務與部門 (如果為市政雇員)： _____

地址： _____

電話號碼/電子郵件/其他聯絡資訊： _____

8. **證明與文件**

請列出並提供任何物證、書面或是記錄文件，或是可直接支持您特定申訴的任何其他資訊。您也可以附上照片或是其他文件以支持您的申訴。

9. **您希望本市採取什麼行動以回應您的申訴？**

10. **簽名**： _____ **日期**： _____

請將您的 ADA 申訴表提交至：

ADA Coordinator

ADA Programs Division

One Frank Ogawa Plaza, 11th Floor

Oakland, CA 94612

語音信箱: **510-238-5219**

加州 轉接服務: **711**

電子郵件: adaprograms@oaklandca.gov