

SAWNEE ELECTRIC MEMBERSHIP CORP.

英语能力有限人士(LEP)投诉表

(附件A)

联系信息:

姓名 _____

地址 _____

市 _____ 州 _____

邮政编码 _____

电话 _____

电子邮件

(供内部使用)

接收日期: __/__/__

接收方式: __/__/__

口头投诉? 是 否

代投诉人填写此表的员工姓名:

投诉:

投诉的相关事实和情况, 包括诉称日期以及投诉的法律根据(即种族、肤色、国籍或英语能力有限):

合作社为获得能够佐证或澄清诉称的其他信息时, 可联系的人士的姓名(如果已知)及其联系方式:

要求的纠正措施或补救:

请在下方空白处签署本投诉表, 并附上您认为可作为投诉佐证的文件。

投诉人签名 _____ 日期 _____

如为邮寄, 请寄送至以下地址:

Sawnee EMC
LEP Compliance Officer
543 Atlanta Rd.
Cumming, GA 30040
ryan.satterfield@sawnee.coop