

**ЭЛЕКТРОСЕТЕВАЯ ЧЛЕНСКАЯ КОРПОРАЦИЯ СОНИ  
(SAWNEE ELECTRIC MEMBERSHIP CORP.)**

**БЛАНК ЖАЛОБЫ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМ ЗНАНИЕМ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА  
(ПРИЛОЖЕНИЕ «А»)**

**Контактная информация:**

Имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

**(Для внутреннего пользования)**

Дата получения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Метод получения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Устная жалоба? Да Нет

Имя сотрудника, заполнившего  
бланк от имени жалобщика:

**Жалоба:**

Факты и обстоятельства жалобы, включая дату заявления и юридическое обоснование жалобы (напр.: раса, цвет, национальное происхождение или статус лица с ограниченным знанием английского языка):

---

---

---

---

Имена любых лиц, если они известны, к которым Кооператив мог бы обратиться за дополнительной информацией для подтверждения или разъяснения заявления, а также контактная информация таких лиц:

---

---

---

---

Запрошенные корректирующие действия или меры защиты прав:

---

---

---

---

Подпишите жалобу ниже. Приложите любые документы, которые, по Вашему мнению, могут подтвердить Вашу жалобу.

Подпись жалобщика \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Для отправки по почте, пожалуйста, используйте следующий адрес:

Sawnee EMC  
LEP Compliance Officer  
543 Atlanta Rd.  
Cumming, GA 30040  
[ryan.satterfield@sawnee.coop](mailto:ryan.satterfield@sawnee.coop)