

**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