

**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