

**美國殘障人士法案 (ADA)
認證通行專家 (CASp) 評估申請表**

申請者姓名: _____

(選擇所有適用項目) ____ 商鋪業主 ____ 商業東主 ____ 授權人仕 (註明: _____)

電話: _____ 傳真: _____ 電郵: _____

商業名稱: _____

地址: _____ San Francisco, CA 郵區號碼: _____

(如與上述不同) 電話: _____ 傳真: _____ 電郵: _____

營商年數: _____ 行業類別: _____ 商業登記類別: _____

商鋪: ____ 擁有 ____ 租用 約佔尺數: _____ (如租用) 租約開始日期: _____ 結束日期: _____

商業東主資料 (如與上述不同):

姓名: _____ 電話/傳真: _____ 電郵: _____

地址: _____ 城市: _____ 州份: _____ 郵區號碼: _____

商鋪業主資料 (如與上述不同):

姓名: _____ 電話/傳真: _____ 電郵: _____

地址: _____ 城市: _____ 州份: _____ 郵區號碼: _____

1. 你的商業/商鋪有沒有因為不遵守 ADA 而被他人提出訴訟? ____ 有 ____ 沒有

(如有): 訴訟在那時發生? _____ 已經和解? ____ 有 ____ 沒有 (如已經和解) 日期: _____

2. 你有沒有為你的商業/商鋪完成任何 ADA 改善項目? ____ 有 ____ 沒有

(如有): 你改善了那些項目? _____

連同你的申請表請提供下述文件:

- ✓ 營商摘要 - 簡單描述你的商業性質, 所提供的產品及/或服務
- ✓ 商業登記和保險證明副本

申請者簽署: _____ 日期: _____

請將填妥的申請表及所需文件交回:
Northeast Community Federal Credit Union
683 Clay Street, San Francisco, CA 94111
Fax: (415) 434-0715