



### 無障礙語言諮詢委員會(LAAC)申請書

**無障礙語言諮詢委員會**將定期會面以討論尋求有關新選民選擇法案模式可如何更有效地服務所有選民，包括英語熟練程度有限的選民在內的社區意見的方法。政策建議可在會議上提出，並考慮予以採納。所有會員必須承諾從首次會議之日起留任於此委員會至少一(1)個選舉循環。

請在下方空白處描述您的相關經驗：

有關英文以外之其他語言使用便利問題的工作經驗：

*其他資訊可列示於單獨頁面*

參加與社區成員互動的選舉或推廣活動：

*其他資訊可列示於單獨頁面*

請選擇所有適合的選項：

- Santa Clara縣居民
- 受僱於Santa Clara縣
- 隸屬於服務Santa Clara縣居民的組織
- 以上皆非

我正式申請成為Santa Clara縣無障礙語言諮詢委員會會員。我承諾從我出席的首次會議之日起擔任此委員會會員至少一(1)個選舉循環。

申請人資訊

名字	姓氏	中間名
電郵地址	電話號碼（自願填寫）	
居住地址		
城市	州	郵遞區號
郵寄地址（若與上述不同則請填寫）		
城市	州	郵遞區號

組織資訊（若適用）

您所代表的組織名稱：	
組織類型：	
網站：	
組織能力：	
提供的服務：	
預估會員人數：	
會議頻率與出席人數：	

若無申請人簽名，此申請書將不被接受。

\_\_\_\_\_  
申請人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

請將此填妥的申請書交回至：  
**Santa Clara County Registrar of Voters' Office: Administrative Services Division**  
電話：408-918-9168 | 電郵：[voterschoice@rov.sccgov.org](mailto:voterschoice@rov.sccgov.org)