您需要的語言服務：投訴表

紐約州的政策是採取步驟，克服公共服務和計劃領域中的語言障礙。為此，我們的目標是：1)使用您的語言與您交流 2)用除英語之外的，最為常用的六種語言提供重要表格與文件。

您對此表格的意見將幫助我們實現該目標。所有資訊均為保密。

|  |
| --- |
| 請使用黑色墨水用正楷填寫和簽署表格。並發至上方所示的郵寄、傳真或電子郵件地址。 投訴人：投訴人ID號碼（如適用）： |
| 名字： 姓氏： |
| 街道地址： |
| 市、鎮或村名： 州： 郵遞區號： |
| 希望使用語言： 電子郵件地址（如適用）： |
| 家庭電話：( ) 其他電話：( ) |
| 是否有他人協助您提交投訴？ 是 否 如「是」，請提供此人：  名字： 姓氏： |
| 投訴内容爲何？ 勾選所有適用方格並於下方進行説明。  未為我提供口譯員  我要求提供口譯員但遭拒絕  口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示）  口譯員言語粗魯不當  等待翻譯服務時間過長（請於下方説明）  未以我能懂得的語言提供表格或通知（請於下方列示所需文件）  我無法使用服務、計劃或活動（請於下方説明）  其他（請於下方説明） |
| 情況發生時間？ 日期（月/日/年）： 時間： 上午 下午  情況發生地點？  描述情況發生經過。請具體說明。必要時使用附加頁。每一頁上均需寫上您的姓名。列舉所需語言、服務和文件。請提供所涉人員的姓名、地址和電話號碼（如知道）。 |
| 您是否曾向任何部門**/**機構人員作出投訴？對您的投訴做出何回應？請具體說明。 |
| 我保證，儘本人所知及所信，上述陳述真實無誤。  簽名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期 （月/日/年）：  （投訴人） |
| ***Do not write in this box. For office use only /*** 此處僅供工作人員之用，請勿填寫。  Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reviewer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resolution: |