



15 Computer Drive West

Albany, NY 12205-1690

電話: 518-437-4377 傳真: 518-437-5260

電子郵件: mromano@nysif.com

以您的語言享受服務：投訴表

紐約州的政策是逐步負責任地克服涉及公共服務和程序的語言障礙。為此，我們的目標是：1)使用您的語言與您交流 2)以除英語之外，最為常用的六種語言提供關鍵的表格與文件。

您於該表格上的意見將會幫助我們實現該目標。**所有資訊均保密。**

請使用黑色墨水列印和簽署表格。然後透過上方的郵寄、傳真或電子郵件地址傳送。

投訴人：原告 ID 號（如適用）：	
名字：	姓氏：
街道地址：	
市、鎮或村：	州： 郵遞區號：
偏好語言：	電子郵件地址（如適用）：
家庭電話：	其他電話：
是否有其他人幫助您提出該投訴？ 是 否 如「是」，請提供其：	
名字：	姓氏：
發生了什麼問題？ 勾選所有適用的方塊並於下方做出解釋。	
<input type="checkbox"/> 未為我提供口譯員 <input type="checkbox"/> 我要求提供口譯員但遭拒絕 <input type="checkbox"/> 口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示） <input type="checkbox"/> 口譯員言語粗魯或不恰當 <input type="checkbox"/> 服務時間過長（請於下方做出解釋） <input type="checkbox"/> 未以我懂得的語言提供表格或通知（請於下方列示所需的文件） <input type="checkbox"/> 我無法使用服務、程序或活動（請於下方做出解釋） <input type="checkbox"/> 其他（請於下方做出解釋）	
問題發生在何時？ 日期（月/日/年）： 時間： 上午 下午	
問題發生在何處？	
描述發生的經過。 請具體說明。必要時使用附加頁。在每頁上列印您的姓名。列示所需的語言、服務和文件。包括所涉人員的姓名、地址和電話號碼（如知道）。	
您是否投訴過任何部門/機關人員？何人及做出了何種反應？ 請具體說明。	
特此證明：儘本人所知及所信，該聲明真實無誤。	
簽名： _____	日期 （月/日/年）：
（投訴人）	
<i>Do not write in this box. For office use only / 不要填寫該方塊。僅供工作人員填寫</i>	
Date: _____	Reviewer: _____
Resolution: _____	