NYSIF Language Access Coordinator: Melissa Coler
15 Computer Drive West, Albany, NY 12205
電話： 518.437.4377 | 傳真: 518.437.1849 | 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。

☐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）
☐口譯員言語粗魯或不恰當
☐服務時間過長（請於下方做出解釋）
☐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）
☐我無法使用服務、程序或活動（請於下方做出解釋）
☐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）

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

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution: