NYSIF Language Access Coordinator: Melissa Coler
15 Computer Drive West, Albany, NY 12205
전화번호: 518.437.4377 | 팩스번호: 518.437.1849 | mromano@nysif.com

귀하 언어로 서비스 이용: 불만 신고 양식

뉴욕주의 정책은 대중 서비스 및 프로그램을 이용하는 데 언어 장벽을 극복하는 합리적인 단계를 취하는 것입니다. 이를 위한 저희들의 목표는 다음과 같습니다 : 1) 귀하의 언어로 귀하와 이야기하기 그리고 2) 필수 양식 및 문서를 영어 및 가장 자주 사용되는 6개국 언어로 제공하기.
이 양식에 대한 귀하의 의견은 저희들이 이 목표를 달성하게 도와줄 것입니다. **모든 정보는 기밀입니다.**

프린트하여 검정색 펜으로 양식에 사인하십시오. 그리고나서, 이를 위에 명기된 우편, 팩스 및 이메일로 보내십시오.

불만 신고자: 청구인 아이디 번호 (가능한 경우):
이름: 성:
거리 주소:
도시, 타운 또는 빌리지: 주: 우편번호:
선호하는 언어: 이메일 주소 (가능한 경우):
집 전화번호: 기타 전화번호:

이 불만 신고를 제출하는 데 도와주신 분이 계십니까? 예☐ 아니오☐ '예'인 경우, 그들의 정보를 적어주세요:
이름: 성:

문제가 무엇입니까? 해당하는 모든 박스에 체크하고 그 아래 설명하세요

- ☐ 저에게 통역사가 필요한지 묻지 않았습니다
- ☐ 통역사를 요청했지만, 거절 당했습니다
- ☐ 통역사(들) 또는 번역가(들)가 번역을 제대로 하지 못했습니다 (알고 계신다면, 이름을 명기해 주십시오)
- ☐ 통역가(들)이 무례하거나 부적절한 의견을 말했습니다
- ☐ 서비스하는 데 시간이 오래 걸렸습니다 (아래 설명해 주세요)
- ☐ 제가 이해할 수 있는 언어로 양식이나 통지가 제공되지 않았습니다 (아래 필요한 문서를 기재하세요)
- ☐ 저는 서비스, 프로그램 또는 활동을 이용할 수 없었습니다 (아래 설명해 주세요)
- ☐ 기타 (아래 설명해 주세요)

문제가 언제 발생했습니까? 날짜 (MM/DD/YYYY): 시간: 오전☐ 오후☐

문제가 어디서 발생했습니까?

무슨 일이 일어났는지 설명해 주세요. 구체적으로 설명해 주세요. 필요하면 페이지를 추가하셔도 됩니다. 각 종이에 이름을 기재하세요.필요한 언어, 서비스 및 문서를 기재하세요. 알고 계신 경우, 관련된 분의 이름, 주소 및 전화번호도 기재하세요.

해당 부서 직원에게 항의하셨습니까? 누구에게 항의하였으며, 그 직원이 어떻게 대처했습니까? 구체적으로 말씀해 주세요.

저는 이 진술이 제가 알고 믿는 한 사실임을 증명합니다.

서명: _____ **날짜** (MM/DD/YYYY):
(불만 신고자)

Do not write in this box. For office use only / 이 상자 안에 작성하지 마세요. 담당자용

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution: