



New York State Department of Labor - Division of Immigrant Policies and Affairs
 75 Varick Street, 7th Fl
 New York, NY 10013
 Telefon: 1-877-466-9757 Faks: 212-775-3389
 E-mail: dipa@labor.ny.gov

8 cgh d'Xc'i gũ ['k 'gk c]a '^ nm_i .': cfa i `Ufn'nU UY

Polityka Stanu Nowy Jork nakazuje podjęcie stosownych czynności, aby pokonać bariery językowe w ramach usług i programów publicznych. Aby tego dokonać, naszym celem jest: 1) Rozmowa z Państwem w Państwa języku, oraz 2) Zapewnienie podstawowych formularzy i dokumentów w sześciu najczęściej używanych językach, w dodatku do języka angielskiego.

Państwa uwagi podane na tym formularzu pomogą nam osiągnąć ten cel. **K gnrgh]Y]bZfa UWY'g 'dci ZbY.**

Proszę pisać drukowanymi literami i podpisać formularz czarnym tuszem. Następnie wysłać pocztą, przefaksować, lub wysłać na email podany powyżej.

CgcVUg_ űXU^ WnU UYb]Y. Numer identyfikacyjny osoby składającej zażalenie (jeżeli jest dostępny):			
Imię:		Nazwisko:	
Adres zamieszkania:			
Miasto, miejscowość lub wioska:		Stan:	Kod pocztowy:
Preferowany język:		Adres emailowy (jeżeli jest dostępny):	
Telefon domowy:		Inny telefon:	
7 nm_i hc]bbmídca U UDU gk i 'k mYb] 'b]b]Y'gnY'nU UYb]Y3		Tak	Nie
Imię:		Jeżeli "Tak", proszę podać ich: Nazwisko:	
>U]VmúdfcV'Ya 3 Proszę zaznaczyć wszystkie stosowne pola i podać wyjaśnienie poniżej. Nie zaoferowano mi tłumacza Poprosiłem/am o tłumacza i mi odmówiono Umiejętności tłumacza/y nie były zadowalające (Podać ich imiona i nazwiska, jeżeli są znane) Tłumacz/e był niegrzeczny/ni i wypowiadał/li niewłaściwe uwagi Usługi zajęły zbyt dużo czasu (Proszę wytłumaczyć poniżej) Nie dano mi formularzy lub powiadomień w języku, który rozumiem (Proszę wymienić te dokumenty poniżej) Nie byłem/am w stanie skorzystać z tych usług, programów lub zajęć (Wyjaśnić poniżej) Inne (Wyjaśnić poniżej)			
?]YXmnUjgfb]UúdfcV'Ya 3 Data (MM/DD/YYYY):		Godzina:	rano po południu
; Xn]Y'Yb'dfcV'Ya 'nUjgfb]Uú3' ...			
Dfcgn 'cd]gU 'W'g] 'gHúC' Proszę podać szczegóły. Jeżeli potrzeba, proszę skorzystać z dodatkowych kartek. Proszę napisać swoje imię i nazwisko drukowanymi literami na każdej kartce. Proszę podać wymagany język, usługi lub dokumenty. Uwzględnić imiona i nazwiska, adresy i numery telefonów osób zaangażowanych, jeżeli są znane.			
7 nmínc mUUDub] nU UYb]Y'i '_c[c 'k '8 YdUfHLa YbWY#5 [YbW]3'I '_c[c]'U_UVnUcXdck]YX 3 Proszę podać szczegóły.			
DcHk]YfXnUa ž 'Ydcb] gnY'gk]YfXnYb]Y'^ghidfUk Xn]k Yžn[cXb]Y'n'a c^ 'bU^Ydgn 'k]YXn]'dfnY_cbUb]Ya "		8 UfU (MM/DD/YYYY):	
'DcXd]g: _____ (Osoba składająca zażalenie)			
Do not write in this box. For office use only / Proszę nie pisać w tym polu. Tylko do użytku biurowego			
Date: _____		Reviewer: _____	
Resolution: _____			