Office of Information Technology Services
ESP, Core 4, Floor 2 Albany, NY 12223
(518) 473-5115
its.sm.dla@its.ny.gov

Office of General Services
Office of Language Access

ভাষার অ্যাক্সেস অভিযোগের ফর্ম

নিউ ইয়র্ক স্টেটের ভাষা সহায়তা নীতি (language access policy) অনুযায়ী কিছু জনমুখী এজেন্সি যে কোনো ভাষায় অনুবাদ পরিষেবা প্রদান করতে এবং গুরুত্বপূর্ণ নথিপত্রগুলিকে ইংরেজি ছাড়া স্টেটের অন্ততঃ শীর্ষ বারোটি সবচেয়ে সাধারণ ভাষায় অনুবাদ করতে বাধ্য। আমাদের এজেন্সির ভাষা সহায়তা নীতির ক্ষেত্রে আপনার কোনো অসুবিধা হয়ে থাকলে, আপনি ওপরে প্রদান করা যোগাযোগের তথ্য ব্যবহার করে এই অভিযোগ ফর্মটি সম্পূর্ণ করতে ও জমা দিতে পারেন। **আপনার অভিযোগের সমস্ত ব্যক্তিগত তথ্যকে গোপনীয় রাখা হবে।**

1. **অভিযোগকারী:** প্রথম নাম: _____ শেষ নাম (পদবী): _____ জিপ কোড: _____

☐ আমি আমার নাম দিতে চাই না। *অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আপনি কোনও যোগাযোগের তথ্য প্রদান না করলে, আমরা আপনার অভিযোগের প্রতিক্রিয়ায় যে পদক্ষেপগুলি গ্রহণ করছি সেই ব্যাপারে আপনাকে জানাতে পারব না।*

পছন্দের ভাষা(সমূহ): _____ ফোন নম্বর: _____

ই-মেল ঠিকানা: _____

অন্য কেউ কি আপনাকে এই অভিযোগটি জমা দিতে সাহায্য করছেন? ☐ না ☐ হ্যাঁ যদি 'হ্যাঁ' হয়, তাহলে তাদের যোগাযোগের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন:

প্রথম নাম: _____ শেষ নাম (পদবী): _____

ইমেল ঠিকানা ও/বা ফোন নম্বর:_____

2. **আপনার কোন ভাষায়(গুলিতে) পরিষেবা প্রয়োজন ছিল?**

_____

3. **কী সমস্যাটা হয়েছিল?** অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবকটি বক্সে টিক দিন এবং নিচে ব্যাখ্যা করুন।

☐ আমাকে কোনও অনুবাদক দেওয়া হয় নি
☐ আমি একজন অনুবাদক চেয়েছিলাম, কিন্তু অস্বীকার করা হয়েছিল
☐ অনুবাদকের দক্ষতা ভাল ছিল না (নিচের বিভাগ 5 এ তাদের নামগুলি অন্তর্ভুক্ত করুন, যদি তা জানা থাকে)
☐ অনুবাদক অভদ্র বা অনুপযুক্ত মন্তব্য করেছিলেন
☐ আমি একজন অনুবাদকের জন্য দীর্ঘ সময় অপেক্ষা করেছিলাম
☐ আমাকে ফর্ম ও বিজ্ঞপ্তিগুলি এমন ভাষায় দেওয়া হয় নি যা আমি বুঝতে পারি (নিচের বিভাগ 5 এ প্রয়োজনীয় নথিপত্রের তালিকা দিন)
☐ অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন)_____
_____

4. **এই ঘটনাটি কখন ঘটেছিল?** এটা যদি একবারের বেশি ঘটে থাকে, তাহলে সবচেয়ে সাম্প্রতিক ঘটনাটির তারিখ নির্দেশ করুন।

তারিখ (মাস/দিন/বছর): _____ সময়: _____ ☐ পূর্বাহ্ণ ☐ অপরাহ্ণ

এই ঘটনাটি কোথায় ঘটেছিল? ☒ ফোনের মাধ্যমে ☐সশরীরে ঠিকানা দিন: _____

5. **যা ঘটেছিল তার বর্ণনা দিন।** সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন এবং যথাসম্ভব বেশি বিশদ বিবরণ প্রদান করুন। এটা যদি একবারের বেশি ঘটে থাকে, তাহলে প্রতিটি তারিখ/সময় অন্তর্ভুক্ত করুন এবং প্রতিটি ঘটনার বর্ণনা দিন। আপনি যে পরিষেবা ও নথিপত্র অ্যাক্সেস করতে চেষ্টা করছিলেন সেগুলির তালিকা দিন। জড়িত ব্যক্তিদের নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন, যদি জানা থাকে। প্রয়োজন অনুসারে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন এবং প্রতিটি পাতায় আপনার নাম লিখুন।

6. **আপনি কি বিভাগ/এজেন্সির থেকে কারও কাছে অভিযোগ করেছিলেন? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি কাদের সঙ্গে কথা বলেছিলেন এবং তাদের প্রতিক্রিয়া কী ছিল তা অন্তর্ভুক্ত করুন।** অনুগ্রহ করে সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন।

বড় হাতের অক্ষরে নাম: _____ **তারিখ** (মাস/দিন/বছর): _____

(অভিযোগকারী ব্যক্তি)

এই বক্সে লিখবেন না। শুধু অফিসের ব্যবহারের জন্য।

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:_____