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

語言准入投訴表

紐約州語言准入政策規定面向公眾的特定部門要提供各個語言的口譯服務，還需將重要文件翻譯成本州最常用的前十二種非英語語言。如果您在使用部門的語言准入服務時有困難，您可按照上方提供的聯絡資訊完成並提交本投訴表。**您在投訴表中所提供的所有個人資料將會保密處理。**

1. 投訴人：名字：_____ 姓氏：_____ 郵政編碼：_____

☐ 我不想提供我的姓名。*請注意，如果您不提供任何聯絡資訊，我們將無法告知您我們受理您的投訴後採取的措施。*

主要語言：_____ 電話號碼：_____

電子郵箱：_____

有其他人幫助您完成本次投訴嗎？ ☐ 沒有 ☐ 有 若“有，”請提供他們的聯絡資訊：
名字：_____ 姓氏：_____
電子郵箱和/或電話號碼：_____

2. 您需要服務以何種語言提供：

_____

3. 有什麼問題？勾選所有適用選項，並在下方進行解釋。

☐ 未向我提供口譯員
☐ 我要求提供口譯員但被拒絕
☐ 口譯員的技能不過關（若您知道他們的姓名，請在下方第 5 條中提供）
☐ 口譯員作出了粗魯或不恰當的言論
☐ 我等待口譯員的時間過長
☐ 未使用我能夠理解的語言提供表格或通知（請在下方第 5 條中羅列出所需文件）
☐ 其他 （請解釋）_____

_____

4. 此事發生的時間是？若此事發生超過一次，請指出最近一次的日期。

日期（月/日/年）：_____ 時間：_____ ☐ 上午 ☐ 下午

此事發生的地點是？ ☐ 電話通話中 ☐本人親自在場 請提供地址：_____

5. 請描述發生了什麼。請具體說明，盡可能多的提供細節。若此事發生超過一次，請指出每次發生的日期/時間。請羅列您當時希望獲得的服務和文件。若您知道的話，請提供涉及到的人士的姓名、地址和電話號碼。若有需要，請另附紙張，請在每頁紙上寫下您的姓名。

6. 您向部門中的人員投訴過嗎？若投訴過，請提供與您交談的人士姓名和他們的回應。請具體說明。

印刷體姓名：_____ **日期**（月/日/年）：_____
（投訴人）

請不要在此欄中書寫。僅供官方使用。

Date:_____ Reviewer:_____
Resolution:_____