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

Modulo di reclamo sull'accessibilità linguistica

La politica in materia di accessibilità linguistica dello Stato di New York richiede di appoggiarci ad agenzie che s'interfaccino con gli utenti per offrire servizi di interpretariato nelle diverse lingue e per la traduzione di documenti importanti almeno nelle prime dodici lingue - inglese a parte - più diffuse nello Stato. In caso di problemi con i servizi linguistici dell'agenzia di riferimento, è possibile compilare e inviare il presente modulo di reclamo utilizzando le informazioni di contatto riportate qui sopra. **Tutte le informazioni personali contenute nel reclamo saranno trattate con riservatezza.**

1. **Persona che presenta il reclamo:** Nome: _____ Cognome: _____
   Codice postale: _____

☐ Preferisco non indicare il mio nome. *Si ricorda che, in assenza di informazioni di contatto, non avremo la possibilità di informare l'interessato riguardo alle misure adottate per rispondere al reclamo.*

Lingue preferite: _____ Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

La sta aiutando qualcun altro a presentare questo reclamo? ☐ No ☐ Sì In caso di risposta affermativa inserire le informazioni di contatto:
Nome: _____ Cognome: _____
Indirizzo e-mail e/o numero di telefono: _____

2. **A quali lingue si riferiscono i servizi da lei richiesti?**
_____

3. **Che problema ha avuto?** Selezionare tutte le caselle pertinenti e spiegare qui di seguito.
☐ Non mi è stato proposto un interprete
☐ Ho chiesto un interprete ma ho ricevuto risposta negativa
☐ L'interprete non era molto competente (se noto, indicare il nome dell'interprete nella sezione 5 più avanti)
☐ L'interprete ha fatto commenti grossolani o inappropriati
☐ Ho aspettato l'interprete troppo a lungo
☐ Non mi sono stati dati moduli o indicazioni in una lingua a me comprensibile (indicare i documenti richiesti nella sezione 5)
☐ Altro (spiegare)_____
_____

4. **Quando si è verificato l'episodio?** Se si è verificato più volte, indicare la data dell'episodio più recente.

Data (MM/GG/AAAA): _____ Ora: _____ ☐ AM ☐ PM

Dove si è verificato l'episodio? ☐ Al telefono ☐Di persona Indicare l'indirizzo: _____

5. **Descrivere che cosa è accaduto.** Si invita ad essere specifici e a riportare il maggior numero possibile di particolari. Se l'episodio si è verificato più volte, indicare la data/ora delle singole situazioni e descrivere i singoli episodi. Indicare i servizi e i documenti ai quali si voleva accedere. Se noti, indicare i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte. Se necessario, utilizzare pagine supplementari scrivendo il proprio nome su ogni foglio.

6. **Ha sporto reclamo a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? In caso affermativo, indicare con chi ha parlato e che cosa le è stato risposto.** Si invita ad essere specifici.

Nome in stampatello: _____ **Data** (MM/GG/AAAA): _____
(Persona che presenta il reclamo)

Non scrivere in questa casella. Spazio riservato all'ufficio.
Date:_____ Reviewer:_____
Resolution:_____