

New York State Department of Labor W. Averell Harriman State Office Campus Bldg. 12, Rm. 540, Albany, NY 12226 전화: (518) 457-1984



이메일: LanguageAccess@labor.ny.gov

## 언어 이용 불만 양식

뉴욕주의 언어 이용 정책에 따라 일반인을 상대하는 특정 기관은 모든 언어로 통역 서비스를 제공하고 중요한 문서를 주에서 가장 많이 사용되는 비영어권 상위 12개 이상의 언어로 번역해야 합니다. 당국의 언어 이용 서비스에 문제가 있는 경우 위에 제공된 연락처 정보를 사용하여 이 불만 양식을 작성하고 제출할 수 있습니다. 귀하의 불만 사항에 있는 모든 개인 정보는 기밀로 유지됩니다.

•	- · · · - · ·
1.	원고:
	이름:
	의 제 이름을 제공하지 않는 목을 선모합니다. (원목적 정보를 제공하지 않으면 해당 물편자항에 대한 대공조시를 알려드릴 수 없습니다.)
	,
	모국어: 이메일 주소: 이메일 주소:
	다른 사람의 도움을 받아 이 불만 제기를 처리하십니까? □ 아니요 □ 예 '예'인 경우 연락처 정보를 포함시키십시오이름:성:성:성:
	이메일 주소 및/또는 전화번호:
,	어떤 언어로 된 서비스가 필요하셨습니까?
	어떤 문제였습니까? (해당하는 모든 칸에 체크하고 아래에 상세 기재)
).	의 한 문제 있습니까 : (예정하는 모든 전에 제크하고 아내에 경제 기재) □ 통역사를 제안받지 않았다
	□ 통역사를 요청했지만 거부당했다.
	□ 통역사의 실력이 좋지 않았다(알려진 경우 아래 섹션 5에 통역사 이름 기재).
	□ 통역사가 무례하거나 부적절한 발언을 하였다 □ 통역사로 사무 즐게 권리컬로
	□ 통역사를 너무 오래 기다렸다 □ 이해할 수 있는 언어로 된 양식이나 통지를 받지 못했다(아래 섹션 5에 필요한 문서 기재).
	□ 기타(상세 기재:)
	이 사건은 언제 일어났습니까? 한 번 이상 발생한 경우 가장 최근에 발생한 날짜를 표시하십시오.
	날짜(월/일/년):시간:시간:□ 오전 □ 오후
	이 사건은 어디에서 일어났습니까?
	□ 전화 □ 대면 (주소 제공):
	무슨 일이 일어났는지 기재하십시오:
	(구체적으로 작성하고 가능한 한 자세히 기재하십시오. 한 번 이상 발생한 경우 각 날짜/시간을 포함하고 각 사건을 기재하십시오. 이용하려고 시도한 모든 서비스 및 문서들을 기재하십시오. 알려진 경우 관련된 사람들의 이름, 주소 및
	기재야십시오. 이용하더고 시오면 모든 시비스 및 문서들을 기재야십시오. 될더신 경구 단단된 사람들의 이름, 구오 및 전화번호를 포함시키십시오. 필요에 따라 추가 페이지를 사용하고 각 시트에 이름 기재)
5.	부서/기관의 누군가에게 불만을 제기했습니까? 그렇다면 누구와 이야기를 했고 그들의 반응은 어땠는지 포함시키십시.
	(상세 기재)
∄ス	자체 이름: 날짜 (월/일/년):
	(불만 제기자)
	이 칸에 쓰지 마십시오. 직원 기재란입니다.
날?	짜: 검토자: