



紐約州勞工部
 電話：(516) 485-2200 傳真：(516) 485-2201
 電子郵件：complaint@doel.state.ny.us

以您的語言享受服務：投訴表

紐約州的政策是逐步負責地克服涉及公共服務和程序的語言障礙。為此，我們的目標是：FD使用您的語言與您交流。GD以除英語之外，最為常用的六種語言提供關鍵的表格與文件。您於該表格上的意見將會幫助我們實現該目標。所有資訊均保密。

請使用黑色墨水列印和簽署表格。然後透過上方的郵寄、傳真或電子郵件地址傳送。

| |
|--|
| 投訴人： 原告 ID 號（如適用）： |
| 名字： 姓氏： |
| 街道地址： |
| 市、鎮或村： 州： 郵遞區號： |
| 偏好語言： 電子郵件地址（如適用）： |
| 家庭電話： 其他電話： |
| 是否有其他人幫助您提出該投訴？ 是 否 如「是」，請提供其： |
| 名字： 姓氏： |
| 發生了什麼問題？ 勾選所有適用的方塊並於下方做出解釋。 |
| <input type="checkbox"/> 未為我提供口譯員 <input type="checkbox"/> 我要求提供口譯員但遭拒絕 <input type="checkbox"/> 口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示） <input type="checkbox"/> 口譯員言語粗魯或不恰當 <input type="checkbox"/> 服務時間過長（請於下方做出解釋） <input type="checkbox"/> 未以我懂得的語言提供表格或通知（請於下方列示所需的文件） <input type="checkbox"/> 我無法使用服務、程序或活動（請於下方做出解釋） <input type="checkbox"/> 其他（請於下方做出解釋） |
| 問題發生在何時？ 日期（月/日/年）： 時間： 上午 下午 |
| 問題發生在何處？ |
| 描述發生的經過。 請具體說明。必要時使用附加頁。在每頁上列印您的姓名。列示所需的語言、服務和文件。包括所涉人員的姓名、地址和電話號碼（如知道）。 |
| 您是否投訴過任何部門/機關人員？ 何人及做出了何種反應？請具體說明。 |
| 簽名： 日期（月/日/年）： |
| (投訴人) |
| <p align="center">Do not write in this box. For office use only / 不要填寫該方塊。僅供工作人員填寫</p> |