

New York Department of State
One Commerce Plaza, 99 Washington Avenue
Albany, NY 12231-0001
Phone: 1-518-474-2752
www.dos.ny.gov

您需要的語言服務：投訴表

紐約州的政策是採取步驟，克服公共服務和計劃領域中的語言障礙。為此，我們的目標是：1)使用您的語言與您交流
2)用除英語之外的，最為常用的六種語言提供重要表格與文件。

您對此表格的意見將幫助我們實現該目標。**所有資訊均為保密。**

請使用黑色墨水用正楷填寫和簽署表格。並發至上方所示的郵寄、傳真或電子郵件地址。

投訴人：投訴人 ID 號碼 (如適用)：					
名字：	姓氏：				
街道地址：					
市、鎮或村名：	州：	郵遞區號：			
希望使用語言：	電子郵件地址 (如適用)：				
家庭電話：	其他電話：				
是否有他人協助您提交投訴？ 是 否 如「是」，請提供此人：					
名字：		姓氏：			
投訴內容為何？ 勾選所有適用方格並於下方進行說明。					
<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"/> 口譯員言語粗魯不當					
<input type="checkbox"/> 等待翻譯服務時間過長 (請於下方說明)					
<input type="checkbox"/> 未以我能懂得的語言提供表格或通知 (請於下方列示所需文件)					
<input type="checkbox"/> 我無法使用服務、計劃或活動 (請於下方說明)					
<input type="checkbox"/> 其他 (請於下方說明)					
情況發生時間？ 日期 (月/日/年)：			時間：	上午	下午
情況發生地點？					
描述情況發生經過。 請具體說明。必要時使用附加頁。每一頁上均需寫上您的姓名。列舉所需語言、服務和文件。請提供所涉人員的姓名、地址和電話號碼 (如知道)。					
您是否曾向任何部門/機構人員作出投訴？對您的投訴做出何回應？ 請具體說明。					

我保證，儘本人所知及所信，上述陳述真實無誤。

簽名： _____ 日期（月/日/年）：

（投訴人）

Do not write in this box. For office use only / 此處僅供工作人員之用，請勿填寫。

Date: _____ Reviewer: _____

Resolution: