



Justice Center for the Protection of People with Special Needs

NYS Justice Center for the Protection of People with Special Needs
161 Delaware Avenue
Delmar, New York 12054
電話：(800) 624-4143 傳真：(518) 549-0462
webmaster@justicecenter.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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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）		

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: _____