Division of Immigrant Policies and Affairs
75 Varick Street, 7th Floor
New York, NY 10013
(877) 466-9757 | fax: (212) 775-3389

WE ARE YOUR DOL

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

E-mail: dipa@labor.ny.gov
www.labor.ny.gov/immigrants/language-access.shtm

享受母语服务：投诉表

纽约州的政策是积极采取多种合理措施，克服公共服务与计划的语言障碍。
为此，我们的目标是：1) 使用您的母语与您交流，2) 提供 6 种最常用语言（除了英文以外）版本的重要表格和文件。
您对此表格提出的意见将有助于我们实现这一目标。**所有信息均会受到保密**。

请使用黑色水笔以正楷填写此表格并签字。然后以上面写出的邮寄地址、传真或电子邮件发送。

投诉人： 申领人身份识别号码（如有）：_____

名字：_____ 姓氏：_____
街道地址：_____
城市、镇或村：_____ 州：_____ 邮编：_____
首选语言：_____ 电子邮件地址（如有）：_____
住宅电话：_____ 其他电话：_____

是否有其他人帮助您提交此投诉？ ☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请提供其：
名字：_____ 姓氏：_____

您遇到什么问题？请勾选所有适用方框并在下方详细说明。

- ☐ 我没有获得口译服务
- ☐ 我请求提供一名口译人员，但遭到拒绝
- ☐ 口译人员或翻译人员技能欠佳（如果知道，请提供其姓名）
- ☐ 口译人员发表粗鲁或不恰当的意见
- ☐ 服务持续时间太长（请在下方详细说明）
- ☐ 我未获得以我可以理解的语言书写的表格或通知（请在下方列出所需的文件）
- ☐ 我无法使用服务、计划或活动（请在下方详细说明）
- ☐ 其他（请在下方详细说明）

事发时间？日期（月月/日日/年年年年）：_____ 时间：_____ ☐ 上午 ☐ 下午
事发地点？_____

请描述所发生的事。请详细说明。根据需要使用附加页面。请在每一页上以正楷书写您的姓名。列出所需的语言、服务和文件。请提供所涉人员的姓名、地址和电话号码（如果知道）。

是否向相关部门/机构的任何人员投诉过？回应人是谁？对方如何回应？请详细说明。

本人特此证明，据本人所知所信，此表提供之信息属实。

签名：_____ **日期**（月月/日日/年年年年）：_____
（投诉人）

请勿在此方框内书写。限官方使用

Date: Reviewer:
Resolution: