



귀하의 언어로 서비스를 받으십시오: 민원 양식

공공 서비스 및 프로그램에 대한 언어 장벽을 극복하기 위해 합리적인 조치를 취하는 것이 뉴욕 주의 정책입니다. 이를 달성하기 위한 저희의 목표는: 1) 귀하의 언어로 귀하와 이야기하고, 2) 중요한 양식 및 문서를 영어 이외에 가장 많이 사용되는 6 개 언어로 제공하는 것입니다.

이 양식에 적어주시는 귀하의 의견이 목표 달성에 도움이 될 것입니다. 모든 정보는 기밀로 유지됩니다.

검정 잉크를 이용하여 정자체로 작성 후 서명해 주십시오. 작성 후 우편, 팩스 또는 위에 명시된 이메일로 보내주시기 바랍니다.

민원을 제기하는 사람: 청구인 식별 번호(해당 경우):
이름: 성:
도로 주소:
시, 타운 또는 마을: 주: 우편번호:
제 1 언어: 이메일 주소(해당 경우):
자택 전화: 기타 전화:
이 불만을 접수하는 데 도와주는 사람이 있습니까? 예 아니오 '예'라고 답한 경우, 이름을 적어주십시오:
이름: 성:
문제가 무엇입니까? 아래 해당하는 상자에 체크하고 상세하게 설명해 주십시오.
통역사를 제공받지 못했습니다
통역사를 요청했으나 거부당했습니다
통역사 또는 번역사의 실력이 좋지 않았습니다(알고 있는 경우, 통역사의 이름을 적어주십시오.)
통역사가 무례하거나 부적절한 말을 했습니다
서비스가 너무 오래 걸렸습니다(아래에 설명)
내가 이해할 수 있는 언어로 양식이나 통지서를 받지 못했습니다(해당 문서를 아래에 기재)
서비스, 프로그램 또는 활동을 사용할 수 없었습니다(아래에 설명)
기타(아래에 설명)
문제가 어디서 발생했습니까? 날짜 (월/일/연도): 시각: 오전 오후
문제가 어디서 발생했습니까?
무슨 일이 발생했는지 기술하십시오. 상세하게 기술해 주십시오. 필요 시 추가 페이지를 사용하십시오. 추가 페이지마다 정자체로 이름을 적어주십시오. 필요한 언어, 서비스 및 문서를 적어주십시오. 알고 있는 경우, 당사자의 이름, 주소, 전화번호를 적어주십시오.
부/기관 직원에게 민원을 제기했습니까? 누가 어떠한 답변을 했습니까? 상세하게 기술해 주십시오.
본인은 이 진술서에 제공된 정보가 본인의 지식과 신념에 비추어 볼 때 진실된 것임을 서약합니다.
서명: 날짜 (월/일/연도):
(민원을 제기하는 사람)
이 영역은 작성하지 마십시오. 공용란
Date: Resolution: Reviewer: