



紐約州勞工部
 電話：(516) 485-4000 傳真：(516) 485-4001
 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任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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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。 <ul style="list-style-type: none"> <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。 _____ _____ _____ _____	
特此證明：儘本人所知及所信，該聲明真實無誤。	
簽名： _____ _____（投訴人）	日期 （月/日/年）： _____
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	
