

## Ваши права Услуги перевода в NYSDOL

В Департаменте труда штата Нью-Йорк **наиболее важные документы** предоставляются на китайском, гаитянском креольском, итальянском, корейском, русском и испанском языках. Также могут быть доступны материалы на других языках. Предоставляются **услуги устного перевода** на более чем 200 языках.

### На какие услуги можно рассчитывать при посещении Департамента труда штата Нью-Йорк?

Все отделения Департамента труда штата Нью-Йорк, где ведется прием населения, обязаны предоставлять бесплатные услуги устного перевода. Это правило распространяется и на центры занятости штата Нью-Йорк.

В каждом местном отделении вы найдете плакат под названием **Language Identification Tool** («Средство определения языка»). На плакате вы увидите следующую надпись, переведенную более чем на 30 языков: «Укажите язык, на котором вы говорите. Вам вызовут переводчика. Услуги устного переводчика предоставляются бесплатно».

Если вы не нашли плакат для определения языка Language Identification Tool в местном отделении, спросите о нем.

### У вас остались положительные впечатления от полученных услуг перевода в Департаменте труда штата Нью-Йорк?

Вы хотели бы рассказать нам о том, как наш сотрудник помог вам? Отправьте нам сообщение по электронной почте на адрес [DIPA@labor.ny.gov](mailto:DIPA@labor.ny.gov) или позвоните в Отдел политики и дел иммигрантов по номеру (877) 466-9757.

### Кто контролирует качество оказания услуг?

В каждом отделении работает координатор доступа к языковым услугам (Language Access Coordinator), в обязанности которого входит контроль качества услуг перевода, предоставляемых населению. Контактная информация координатора доступа к языковым услугам в Департаменте труда штата Нью-Йорк:

**Координатор доступа к языковым услугам:** Eric Denk  
**Рабочий телефон:** (607) 778-2836  
**Мобильный телефон:** (607) 205-5491  
**Адрес электронной почты:** [Eric.Denk@labor.ny.gov](mailto:Eric.Denk@labor.ny.gov)  
**Факс:** (212) 775-3389

**Почтовый адрес:**  
 171 Front Street  
 Binghamton NY 13905



**Дополнительная контактная информация:** Отдел политики и дел иммигрантов  
**Телефон для бесплатных звонков:** (877) 466-9757  
**Адрес электронной почты:** [DIPA@labor.ny.gov](mailto:DIPA@labor.ny.gov)



## Доступ к услугам на вашем языке: форма жалобы

Политика штата Нью-Йорк предусматривает принятие разумных мер по преодолению языковых барьеров при доступе к услугам и программам для населения.

В связи с этим наша цель: 1) разговаривать с вами на вашем языке; 2) предоставлять важные формы и документы на шести наиболее часто используемых языках помимо английского.

Ваши комментарии в этой форме помогут нам достичь этой цели. **Вся информация является конфиденциальной.**

Распечатайте форму и подпишите черными чернилами. Затем отправьте по почте, факсу или электронной почте по указанному выше адресу.

**Лицо, подающее жалобу:** \_\_\_\_\_ Идентификационный номер заявителя (при наличии): \_\_\_\_\_  
 Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_  
 Номер дома и улица: \_\_\_\_\_  
 Город/поселок/село: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый код: \_\_\_\_\_  
 Предпочитаемый язык: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты при наличии: \_\_\_\_\_  
 Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Другой телефон: \_\_\_\_\_

**Помогает ли Вам кто-либо подавать эту жалобу?**  Да  Нет Если ответ «Да», укажите их данные:  
 Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

**В чем заключалась проблема?** Отметьте все подходящие варианты.

Мне не предложили переводчика  
 Я просил (-а) предоставить переводчика, но мне отказали  
 Квалификация переводчика (-ов) (выполнявшего (-их) устный или письменный перевод) была низкой (укажите имена и фамилии, если они вам известны)  
 Переводчик (-и) делал (-и) грубые или неподобающие замечания  
 Предоставление услуг заняло слишком много времени (объясните ниже)  
 Мне не предоставили формы или уведомления на языке, который я понимаю (укажите необходимые документы ниже)  
 Я не смог (-ла) воспользоваться услугами, программами или участвовать в мероприятиях (объясните ниже)  
 Другое (объясните ниже)

**Когда имела место проблема?** Дата (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_  утра  вечера

**Где имела место проблема?** \_\_\_\_\_

**Опишите, что произошло.** Укажите конкретные детали. При необходимости используйте дополнительные страницы. На каждом листе напишите свое имя печатными буквами. Укажите необходимый язык, услуги и документы. Укажите имена, адреса и номера телефонов участников происшествия, если они Вам известны.

**Подавали ли Вы жалобу кому-либо в департаменте/ведомстве? Кому и какой был ответ?** Укажите конкретные детали.

**Я подтверждаю, что, насколько мне известно, данное заявление является достоверным.**

**Подпись:** \_\_\_\_\_ **Дата** (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_  
 (Лицо, подающее жалобу)

*Не заполняйте это поле. Только для внутреннего пользования*

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_  
Resolution: \_\_\_\_\_