



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 아니요 '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:

Reviewer:

Resolution: