

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING  
2 Empire State Plaza, 5th Floor  
Albany, NY 12223  
電話：1-800-342-9871 傳真：518-474-0608  
email: languageaccess@aging.ny.gov

## 您需要的語言服務：投訴表

紐約州的政策是採取步驟，克服公共服務和計劃領域中的語言障礙。為此，我們的目標是：1)使用您的語言與您交流  
2)用除英語之外的，最為常用的六種語言提供重要表格與文件。

您對此表格的意見將幫助我們實現該目標。**所有資訊均為保密。**

請使用黑色墨水用正楷填寫和簽署表格。並發至上方所示的郵寄、傳真或電子郵件地址。

<b>投訴人：投訴人 ID 號碼 (如適用)：</b>		
名字：	姓氏：	
街道地址：		
市、鎮或村名：	州：	郵遞區號：
希望使用語言：	電子郵件地址 (如適用)：	
家庭電話：	其他電話：	
<b>是否有他人協助您提交投訴？</b> 是 否 如「是」，請提供此人：		
名字：		姓氏：
<b>投訴內容為何？</b> 勾選所有適用方格並於下方進行說明。		
<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"/> 口譯員言語粗魯不當		
<input type="checkbox"/> 等待翻譯服務時間過長 (請於下方說明)		
<input type="checkbox"/> 未以我能懂得的語言提供表格或通知 (請於下方列示所需文件)		
<input type="checkbox"/> 我無法使用服務、計劃或活動 (請於下方說明)		
<input type="checkbox"/> 其他 (請於下方說明)		
<b>情況發生時間？</b> 日期 (月/日/年)： 時間： 上午 下午		
<b>情況發生地點？</b>		
<b>描述情況發生經過。</b> 請具體說明。必要時使用附加頁。每一頁上均需寫上您的姓名。列舉所需語言、服務和文件。請提供所涉人員的姓名、地址和電話號碼 (如知道)。		
<b>您是否曾向任何部門/機構人員作出投訴？對您的投訴做出何回應？</b> 請具體說明。		

我保證，儘本人所知及所信，上述陳述真實無誤。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期（月/日/年）：

（投訴人）

***Do not write in this box. For office use only / 此處僅供工作人員之用，請勿填寫。***

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

Resolution:

LA 1TC (09/12)