

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING

2 Empire State Plaza, Agency Bldg. 2, 5th Fl Albany, NY 12223

Tel.: 1-800-342-9871 Fax: 518-474-0608

E-mail: languageaccess@aging.ny.gov

Accesso ai servizi nella propria lingua: modulo di reclamo

Lo Stato di New York persegue la politica di prendere misure ragionevoli per superare le barriere linguistiche nei servizi e nei programmi pubblici. Per ottenere tale risultato, il nostro obiettivo è: 1) parlare con le persone nella loro lingua 2) fornire moduli e documenti anagrafici nelle principali sei lingue più utilizzate, oltre all'inglese. I commenti espressi in questo modulo ci saranno utili a raggiungere tale obiettivo. **Tutte le informazioni sono riservate.**

Scrivere stampatello o a macchina e firmare il modulo con inchiostro nero. Quindi inviare il modulo per posta, fax o e-mail ai recapiti sopra indicati.

Persona che effettua il reclamo:		N. ID reclamante (se disponibile):			
Nome:	Cognome:				
Indirizzo (via/piazza):					
Città, comune o paese:		Stato:	Codice fiscale:		
Lingua preferita:	Indirizzo e-mail (se disponibile):				
Telefono di casa:	Altro telefono:				
Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo?		Si	No	Se "Sì", inserire il suo:	
Nome:		Cognome:			
Qual è stato il problema? Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito.					
Non mi è stato offerto un interprete					
Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato					
Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicare i nomi, se noti)					
L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati					
I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)					
Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari)					
Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito)					
Altro (spiegare di seguito)					
Quando è avvenuto il problema?		Data (MM/GG/AAAA):	Ora:	matt.	pom.
Dove è avvenuto il problema?					
Descrivere cosa è avvenuto. Spiegare dettagliatamente. Se occorre, utilizzare altre pagine. Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome su ciascun foglio. Indicare la lingua, i servizi e i documenti necessari. Indicare anche i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte, se noti.					
Il reclamo è stato espresso a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? Chi? E qual è stata la risposta? Spiegare dettagliatamente.					
Attesto che la presente dichiarazione è vera in base alle mie conoscenze e convinzioni.					
Firma: _____		Data (MM/GG/AAAA): _____			
(Persona che effettua il reclamo)					
Do not write in this box. For office use only / Non scrivere in questa casella Riservata all'ufficio					
Date: _____		Reviewer: _____			
Resolution: _____					