

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING

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

: 1-800-342-9871

: 518-474-0608

: languageaccess@aging.ny.gov

귀하 언어로 서비스 이용: 불만 신고 양식

뉴욕주의 정책은 대중 서비스 및 프로그램을 이용하는 데 언어 장벽을 극복하는 합리적인 단계를 취하는 것입니다. 이를 위한 저희들의 목표는 다음과 같습니다. 귀하의 언어로 귀하와 이야기하기 그리고 필수 양식 및 문서를 영어 및 사장 주 사용되는 개국 언어로 제공하기. 이 양식에 대한 귀하의 의견은 저희들이 이 목표를 달성하게 도와줄 것입니다. 모든 정보는 기밀입니다. 프린트하여 점정색 펜으로 양식에 사인하십시오. 그리고 나서 이를 위에 명기된 우편 팩스 및 이메일로 보내십시오.

불만 신고자: 청구인 아이디 번호 가능한 경우 이름 거리 주소 도시/타운 또는 빌리지 주 우편번호 선호하는 언어 이메일 주소 가능한 경우 집 전화번호 기타 전화번호
이 불만 신고를 제출하는 데 도와주신 분이 계십니까? 예 아니오 예인 경우 그들의 정보를 적어주세요 이름 성
문제가 무엇입니까? 해당하는 모든 박스에 체크하고 아래 설명하세요 <input type="checkbox"/> 나에게 통역사가 필요한지 묻지 않았습다 <input type="checkbox"/> 통역사를 요청했지만 거절당했습니다 <input type="checkbox"/> 통역사들 또는 번역가들 마 번역을 제대로 하지 못했습니다 알고 계신다면 이름을 명기해 주십시오 <input type="checkbox"/> 통역사들이 무례하거나 부적절한 의견을 말했습니다 <input type="checkbox"/> 서비스하는 데 시간이 오래 걸렸습니다 아래 설명해 주십시오 <input type="checkbox"/> 제가 이해할 수 있는 언어로 양식이나 통지가 제공되지 않았습다 아래 필요한 문서를 기재하십시오 <input type="checkbox"/> 저는 서비스 프로그램 또는 활동을 이용할 수 없었습니다 아래 설명해 주십시오 <input type="checkbox"/> 기타 아래 설명해 주십시오
문제가 언제 발생했습니까? 날짜 시간 오전 오후 문제가 어디서 발생했습니까? 무슨 일이 일어났는지 설명해 주세요. 구체적으로 설명해 주십시오 필요하면 페이지를 추가 하셔도 됩니다 각 종이에 이름을 기재하십시오 필요한 언어 서비스 및 문서를 기재하십시오 알고 계신 경우 관련된 본인의 이름 주소 및 전화번호도 기재하십시오

해당 부서 직원에게 항의하셨습니다? 누구에게 항의하였으며, 그 직원이 어떻게 대처했습니까? 구체적으로 말씀해
주세요
ÁÁÁÁÁÁ
Á
Á
Á

저는 이 진술이 제가 알고 믿는 한 사실임을 증명합니다.

서명 날자
불만 신고자

Do not write in this box. For office use only / 이 상자 안에 작성하지 마세요. 담당자용

Öæ^K ÁÜ^çä, ^iK Á
Ü^•[|`ç}kÁ
SÖFSAÇEJFGDÁ