

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING
2 Empire State Plaza, Agency Bldg. 2, 5th Fl Albany, NY 12223
Тел.: 1-800-342-9871 Факс: 518-474-0608
E-mail: languageaccess@aging.ny.gov

Доступ к службам на родном языке – бланк жалобы

Руководящим принципом органов управления штата Нью-Йорк является принятие разумных мер по преодолению языковых барьеров при пользовании общественными службами и программами. Для того чтобы следовать этому принципу, нам необходимо: 1) говорить с Вами на Вашем языке и 2) предоставлять (в дополнение к английскому) важные бланки и документы на шести основных, наиболее часто используемых языках. Ваши замечания на этом бланке помогут нам в достижении этой цели. **Вся представленная здесь информация является конфиденциальной.**

Заполняйте бланк печатными буквами и подпишите его чёрными чернилами, затем отправьте по почте, факсом или электронной почтой по указанному выше адресу.

Лицо, подающее жалобу:	Идентификационный номер подающего жалобу (если имеется):		
Имя:	Фамилия:		
Номер дома и улица:			
Город, посёлок городского типа или деревня:		Штат:	Почтовый индекс:
Предпочитаемый язык:		Адрес электронной почты (если имеется):	
Домашний телефон:		Другой номер телефона:	
Помогает ли Вам кто-нибудь подать эту жалобу? Да Нет Если «да», укажите:			
Имя:		Фамилия:	
В чём заключалась проблема? Отметьте все соответствующие клетки и поясните ниже. Мне не предложили переводчика. Я попросил переводчика, но мне в этом отказали. Квалификация устного или письменного переводчика (переводчиков) была неудовлетворительной (укажите их имена, если известны). Переводчик (переводчики) сделал грубые или неуместные замечания. Обслуживание отняло слишком много времени (поясните ниже). Мне не предоставили бланки или уведомления на языке, который я понимаю (укажите ниже, какие именно документы были нужны). Я не смог(ла) воспользоваться службами, программами или принять участие в мероприятиях (поясните ниже). Прочее (поясните ниже).			
Когда возникла проблема? Дата (мм/дд/гггг):		Время:	AM PM
Где возникла проблема? Опишите, что произошло. Сообщите подробности. Приложите дополнительные листы бумаги, если необходимо. На каждом листе напишите печатными буквами своё имя. Укажите соотв. язык, услуги и необходимые документы. Укажите имена, фамилии, адреса и номера телефонов причастных лиц, если они Вам известны.			
Жаловались ли Вы сотруднику Департамента (агентства)? Кому именно и какой была реакция? Опишите подробно.			
Настоящим удостоверяю, что, по имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению, данное заявление является правдивым.			
Подпись: _____		Дата (мм/дд/гггг): _____	
(Лицо, подающее жалобу)			
<i>Do not write in this box. For office use only / Не пишите в этой графе. Только для служебных пометок.</i>			
Date: _____		Reviewer: _____	
Resolution: _____			