

NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING
2 Empire State Plaza, Agency Bldg. 2, 5th Fl
Albany, NY 12223
Phone: 1-800-342-9871 Fax: 518-474-0608
Email: Languageaccess@aging.ny.gov

Formularz skargi na trudności z dostępem do usług w innym języku

Obowiązujące w stanie Nowy Jork przepisy dotyczące dostępu w różnych językach wymagają od pewnych urzędów publicznych oferowania usług tłumaczeń ustnych we wszystkich językach oraz tłumaczenia ważnych dokumentów na co najmniej dziesięć najczęściej używanych w stanie języków poza angielskim. W przypadku problemów z dostępem do usług naszego urzędu w innym języku można wypełnić i złożyć niniejszy formularz skargi przy użyciu podanych wyżej informacji kontaktowych. **Wszelkie dane osobowe udostępnione w ramach skargi będą traktowane poufnie.**

1. Osoba wnosząca skargę: Imię: _____ Nazwisko: _____ Kod pocztowy: _____

Wolę nie podawać imienia i nazwiska. *Uwaga: brak informacji kontaktowych uniemożliwi nam informowanie o czynnościach podjętych w wyniku skargi.* Preferowane języki: _____

Numer telefonu: _____ Adres e-mail: _____

Czy ktoś pomaga w złożeniu tej skargi?

Nie Tak W razie odpowiedzi „Tak” prosimy o podanie informacji kontaktowych tej osoby:

Imię: _____ Nazwisko: _____

Adres e-mail i/lub numer telefonu: _____

2. W jakich językach potrzebne były usługi?

3. Na czym polegał problem? Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi i podać wyjaśnienie poniżej.

Nie zaferowano mi usług tłumacza

Pomimo prośby odmówiono mi usług tłumacza

Tłumacz miał za mało umiejętności (jeżeli imię i nazwisko jest znane, prosimy je podać poniżej w sekcji 5)

Tłumacz robił nieuprzejme lub niestosowne uwagi

Trzeba było zbyt długo czekać na tłumacza

Nie przekazano mi formularzy lub informacji w zrozumiałym dla mnie języku (prosimy o wskazanie potrzebnych dokumentów w sekcji 5 poniżej)

Inna odpowiedź (prosimy o wyjaśnienie) _____

4. Kiedy doszło do zgłaszanego incydentu? Jeżeli zdarzyło się to więcej niż raz, prosimy podać datę ostatniego incydentu.

Data (MM/DD/RRRR): _____ Godzina: _____ AM PM

Gdzie doszło do zgłaszanego incydentu?

Przez telefon W kontakcie osobistym Prosimy podać adres: _____

5. Prosimy o opisanie zdarzenia. Należy podać jak najwięcej konkretnych i szczegółowych informacji. Jeśli incydent miał miejsce więcej niż raz, prosimy podać wszystkie daty i godziny oraz opis każdego zdarzenia. Prosimy o wskazanie usług i dokumentów, do których był potrzebny dostęp. Należy też wskazać imiona i nazwiska, adresy i numery telefonów osób uczestniczących w incydencie, jeżeli są znane. W razie potrzeby prosimy użyć dodatkowych stron i podpisać się na każdym arkuszu.

6. Czy złożono skargę do kogokolwiek z danego wydziału lub urzędu? Jeżeli tak, prosimy wskazać tę osobę oraz opisać jej reakcję. Prosimy o konkretne informacje.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____ **Data** (MM/DD/RRRR): _____

(Osoba składająca skargę)

Prosimy nic nie wpisywać w tym polu. Jest wyłącznie do użytku biura.

Date: _____ Reviewer: _____

Resolution: _____