New York State Office of Alcoholism & Substance Abuse Services
1450 Western Avenue
Albany, NY 12203
電話：646-728-4520　傳真：646-728-4692 or 4740
電子郵件：Mike.Yorio@oasas.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。

**投訴人：**投訴人 ID 號碼（如適用）：_____
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：(_____) _____

**是否有他人協助您提交投訴？** 是 ☐ 否 ☐ 如「是」，請提供此人：
名字：_____ 姓氏：_____

**投訴內容爲何？** 勾選所有適用方格並於下方進行說明。

- ☐ 未為我提供口譯員
- ☐ 我要求提供口譯員但遭拒絕
- ☐ 口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示）
- ☐ 口譯員言語粗魯不當
- ☐ 等待翻譯服務時間過長（請於下方說明）
- ☐ 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）
- ☐ 我無法使用服務、計劃或活動（請於下方說明）
- ☐ 其他（請於下方說明）

**情況發生時間？** 日期（月/日/年）：_____ 時間：_____ ☐ 上午 ☐ 下午

**情況發生地點？** _____

**描述情況發生經過。**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）。

**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？**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: