



Office of Alcoholism and Substance Abuse Services

1450 Western Avenue

Albany, NY 12203

Fax: 518-485-6014

E-mail: Jannette.Rondo@oasas.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? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", inserire il suo:			
Nome:		Cognome:	
Qual è stato il problema? Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito.			
<input type="checkbox"/> Non mi è stato offerto un interprete <input type="checkbox"/> Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato <input type="checkbox"/> Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicare i nomi, se noti) <input type="checkbox"/> L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati <input type="checkbox"/> I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito) <input type="checkbox"/> Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari) <input type="checkbox"/> Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito) <input type="checkbox"/> Altro (spiegare di seguito)			
Quando è avvenuto il problema? Data (MM/GG/AAAA):		Ora:	<input type="checkbox"/> matt. <input type="checkbox"/> 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: _____			