



Office of Alcoholism and Substance Abuse Services

1450 Western Avenue
Albany, NY 12203
Факс: 518-485-6014

E-mail: Jannette.Rondo@oasas.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 <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если «да», укажите:	
Имя:	Фамилия:
В чём заключалась проблема? Отметьте все соответствующие клетки и поясните ниже.	
<input type="checkbox"/> Мне не предложили переводчика.	
<input type="checkbox"/> Я попросил переводчика, но мне в этом отказали.	
<input type="checkbox"/> Квалификация устного или письменного переводчика (переводчиков) была неудовлетворительной (укажите их имена, если известны).	
<input type="checkbox"/> Переводчик (переводчики) сделал грубые или неуместные замечания.	
<input type="checkbox"/> Обслуживание отняло слишком много времени (поясните ниже).	
<input type="checkbox"/> Мне не предоставили бланки или уведомления на языке, который я понимаю (укажите ниже, какие именно документы были нужны).	
<input type="checkbox"/> Я не смог(ла) воспользоваться службами, программами или принять участие в мероприятиях (поясните ниже).	
<input type="checkbox"/> Прочее (поясните ниже).	
Когда возникла проблема? Дата (мм/дд/гггг):	Время: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 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)	
Do not write in this box. For office use only / Не пишите в этой графе. Только для служебных пометок.	
Date: _____	Reviewer: _____
Resolution: _____	