New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, New York, NY 12210-8002
전화: 1-800-247-8035 팩스: 518-457-8658
이메일: ovsinfo@ovs.ny.gov

원하는 언어 서비스 이용에 관한 민원 양식

뉴욕주는 정책에 따라 공공 서비스 및 프로그램 이용에 있어 언어 장벽을 극복할 수 있는 합리적인 조치를 취하고 있습니다. 이를 위한 뉴욕주의 목표는 다음과 같습니다: 1) 이용자가 원하는 언어로 대화한다. 2) 영어를 포함하여 가장 많이 사용되는 6 개 언어로 주요 양식과 문서를 제공한다.
이 양식을 통해 수렴되는 의견은 이러한 목적을 달성하는 데 도움이 됩니다. **모든 정보는 기밀로 유지됩니다.**

검정색 펜을 사용하여 인쇄체로 기재하고 서명하십시오. 양식은 위에 나와 있는 우편, 팩스 또는 이메일로 보내주십시오.

민원 제기자: 청구인 ID 번호 (있을 경우): _____
이름: _____ 성: _____
거리 주소: _____
도시, 타운 또는 빌리지: _____ 주: _____ 우편번호: _____
원하는 언어: _____ 이메일 주소 (있을 경우): _____
집 전화: _____ 기타 전화: _____
이 민원 제출에 도움을 주고 있는 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"일 경우 해당인의 정보:
이름: _____ 성: _____

문제가 무엇입니까? 해당 사항에 모두 체크하고 아래에 설명하십시오.

- ☐ 통역관이 없었음
- ☐ 통역관을 요청했지만 거부당했음
- ☐ 통역관 또는 번역자의 수준이 훌륭하지 않았음 (이름을 알 경우, 이름 기재)
- ☐ 통역관이 무례하거나 부적절한 언급을 했음
- ☐ 서비스 시간이 너무 오래 걸렸음 (아래에 설명)
- ☐ 내가 이해할 수 있는 언어로 된 양식이나 안내문이 없었음 (아래에 필요한 문서 기재)
- ☐ 서비스, 프로그램 또는 활동을 이용할 수 없었음 (아래에 설명)
- ☐ 기타 (아래에 설명)

언제 발생했습니까? 일자 (월/일/년): _____ 시간: _____ 오전 오후
어디에서 발생했습니까? _____

무슨 일이 발생했는지 기술해 주십시오. 구체적으로 설명하십시오. 필요 시 추가 페이지를 사용하십시오. 각 장에 민원 제기자의 이름을 인쇄체로 기입하십시오. 필요한 언어, 서비스, 문서를 기재하십시오. 관련자의 이름을 알 경우, 해당인의 이름, 주소, 전화번호를 기재하십시오.

부서/기관 소속 직원에게 불만을 알렸습니까? 누가 어떠한 답변을 했습니까? 구체적으로 설명하십시오.

본 진술서의 내용은 본인 최선의 지식과 신념을 바탕으로 한 사실입니다.

서명: _____ **일자** (월/일/년): _____
(민원 제기자)

이 칸에는 내용을 기재하지 마십시오. 관리자 전용입니다. ***/ Do not write in this box. For office use only.***
Date: _____ Reviewer: _____
Resolution: