



New York State Office of Victim Services
 1 Columbia Circle, Suite 200
 Albany, New York, NY 12203
 電話：1-800-247-8035 傳真：518-457-8658
 電子郵件：ovsinfo@ovs.ny.gov

使用您的語言獲取服務：投訴表格

紐約州的政策是採取合理步驟，在提供公共服務和計劃方面克服語言障礙。要做到這一點，我們的目標是：

1) 使用您的語言與您交談 2) 以最常用的前六種語言（英語除外）提供重要的表格和文件。

您在此問卷上提供的意見將幫助我們實現這一目標。**您提供的所有資料將會受到保密。**

請用黑墨水筆以正楷填寫並簽署本表格。然後將表格郵寄、傳真或以電子郵件（如上述）發送給我們。

| | |
|--|---|
| 投訴人： 名字： _____ 街道地址： _____ 市、鎮或村： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____ 慣用語言： _____ 電子郵件地址（如果有）： _____ 住宅電話： _____ 其它電話： _____ | 投訴人身分證號碼（如果有）： _____ 姓氏： _____ 是否有別人協助您提出本投訴？ 名字： _____ 是 否 如果”是”，請提供他們的： 姓氏： _____ |
| 發生了什麼問題？ 勾選所有適用的方框並在下面空白處提供說明。 <input type="checkbox"/> 未提供口譯員協助我 <input type="checkbox"/> 我要求提供口譯員的協助，但是被拒絕 <input type="checkbox"/> 口譯員或翻譯員的能力不夠（列出他們的名字，如果已知） <input type="checkbox"/> 口譯員的語言粗魯且不適當 <input type="checkbox"/> 服務的時間花費太長（請在下面說明） <input type="checkbox"/> 未向我提供以我能理解的語言書寫的表格或通知（請在下面列出所需文件） <input type="checkbox"/> 我無法利用服務、計劃或活動（請在下面說明） <input type="checkbox"/> 其他（請在下面說明） | |
| 問題是什麼時候發生的？ 日期（月月/日日/年年年）： _____ 時間： _____ 上午 下午 問題在哪裡發生的？ _____ 請描述事情發生經過。 請具體說明。如有必要，請用附加頁面。以正楷在每張紙上書寫您的姓名。列出所需語言、服務和文件。包括涉及人士的姓名、地址和電話號碼（如果已知）。 | |
| 您是否曾向部門/機構的人員抱怨？向誰抱怨？他/她的回應是什麼？請具體說明。 | |
| 本人證明以上陳述是盡我所知所信且真實無誤。 簽名： _____ 日期 （月月/日日/年年年）： _____ （投訴人） | |
| 請勿填寫此方框。這部分僅由工作人員填寫 / Do not write in this box. For office use only. Date: _____ Reviewer: _____ Resolution: _____ | |