



STATE OF NEW YORK
EXECUTIVE DEPARTMENT
DIVISION OF VETERANS' AFFAIRS

2 Empire State Plaza
17th Floor
Albany, New York 12223-1551
Phone: 518-474-6114 Fax: 518-473-0379
E-mail: DVALAC@veterans.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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如「是」，請提供此人：	
名字：_____	姓氏：_____
投訴內容為何？ 勾選所有適用方格並於下方進行說明。	
<input type="checkbox"/> 未為我提供口譯員	
<input type="checkbox"/> 我要求提供口譯員但遭拒絕	
<input type="checkbox"/> 口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示）	
<input type="checkbox"/> 口譯員言語粗魯不當	
<input type="checkbox"/> 等待翻譯服務時間過長（請於下方說明）	
<input type="checkbox"/> 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）	
<input type="checkbox"/> 我無法使用服務、計劃或活動（請於下方說明）	
<input type="checkbox"/> 其他（請於下方說明）	
情況發生時間？ 日期（月/日/年）：_____ 時間：_____ <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 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: _____	