



STATE OF NEW YORK  
EXECUTIVE DEPARTMENT  
DIVISION OF VETERANS' AFFAIRS

2 Empire State Plaza  
17<sup>th</sup> 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。

<b>投訴人：投訴人 ID 號碼（如適用）：</b>	
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：（      ）
<b>是否有他人協助您提交投訴？</b> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如「是」，請提供此人：	
名字：	姓氏：
<b>投訴內容為何？</b> 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）	
<b>情況發生時間？</b> 日期（月/日/年）： 時間： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	
<b>情況發生地點？</b>	
<b>描述情況發生經過。</b> 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）。	
<b>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？</b> 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）	
<b>Do not write in this box. For office use only / 此處僅供工作人員之用，請勿填寫。</b>	
Date: _____	Reviewer: _____
Resolution: _____	