



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

Accesso ai servizi nella propria lingua: modulo di reclamo

Lo Stato di New York persegue la politica di prendere misure ragionevoli per superare le barriere linguistiche nei servizi e nei programmi pubblici. Per ottenere tale risultato, il nostro obiettivo è: 1) parlare con le persone nella loro lingua 2) fornire moduli e documenti anagrafici nelle principali sei lingue più utilizzate, oltre all'inglese. I commenti espressi in questo modulo ci saranno utili a raggiungere tale obiettivo. **Tutte le informazioni sono riservate.**

Scrivere stampatello o a macchina e firmare il modulo con inchiostro nero. Quindi inviare il modulo per posta, fax o e-mail ai recapiti sopra indicati.

Persona che effettua il reclamo:		N. ID reclamante (se disponibile):	
Nome:		Cognome:	
Indirizzo (via/piazza):			
Città, comune o paese:		Stato:	Codice fiscale:
Lingua preferita:		Indirizzo e-mail (se disponibile):	
Telefono di casa: ()		Altro telefono: ()	
Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", inserire il suo:			
Nome:		Cognome:	
Qual è stato il problema? Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito.			
<input type="checkbox"/> Non mi è stato offerto un interprete			
<input type="checkbox"/> Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato			
<input type="checkbox"/> Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicare i nomi, se noti)			
<input type="checkbox"/> L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati			
<input type="checkbox"/> I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)			
<input type="checkbox"/> Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari)			
<input type="checkbox"/> Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito)			
<input type="checkbox"/> Altro (spiegare di seguito)			
Quando è avvenuto il problema? Data (MM/GG/AAAA):		Ora:	<input type="checkbox"/> matt. <input type="checkbox"/> pom.
Dove è avvenuto il problema?			
Descrivere cosa è avvenuto. Spiegare dettagliatamente. Se occorre, utilizzare altre pagine. Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome su ciascun foglio. Indicare la lingua, i servizi e i documenti necessari. Indicare anche i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte, se noti.			
Il reclamo è stato espresso a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? Chi? E qual è stata la risposta? Spiegare dettagliatamente.			
Attesto che la presente dichiarazione è vera in base alle mie conoscenze e convinzioni.			
Firma: _____		Data (MM/GG/AAAA): _____	
(Persona che effettua il reclamo)			
Do not write in this box. For office use only / Non scrivere in questa casella Riservata all'ufficio			
Date: _____		Reviewer: _____	
Resolution: _____			