



## Suffolk County Office of Community Services

H. Lee Dennison Building

100 Veteran's Memorial Hwy.

Hauppauge, NY 11788

Telefon: (631) 853-4738 Faks: (631) 853-8271

E-mail: [Minority.Affairs@suffolkcountyny.gov](mailto:Minority.Affairs@suffolkcountyny.gov)

### Dostęp do usług we własnym języku - formularz zażalenia

Polityką okręgu Suffolk jest podejmowanie uzasadnionych kroków w celu przewyższania barier językowych w usługach i programach publicznych. Aby to osiągnąć, naszym celem jest: 1) Rozmowa z klientami w ich języku 2) Oferowanie kluczowych formularzy i dokumentów w sześciu najczęściej stosowanych językach, poza j. angielskim.

Państwa uwagi w niniejszym formularzu pomogą nam w realizacji tego celu. **Wszystkie informacje są poufne.**

Prosimy wypełnić drukowanym pismem i podpisać formularz czarnym tuszem. Następnie wysłać go pocztą, faksem lub na adres e-mail podany powyżej.

**Osoba składająca zażalenie:** \_\_\_\_\_  
Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Ulica: \_\_\_\_\_  
Miasto, miejscowość lub wieś: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_  
Preferowany język: \_\_\_\_\_ Adres e-mail (jeśli dostępny): \_\_\_\_\_  
Nr telefonu domowego: \_\_\_\_\_ Inny nr telefonu: \_\_\_\_\_  
**Czy w złożeniu zażalenia pomaga inna osoba?** \_\_\_\_\_  
Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
*Tak Nie Jeśli tak, podać:*

**Na czym polega problem?** Zaznaczyć wszystkie odnośne pola i wyjaśnić poniżej.

- Nie zaoferowano mi usług tłumacza
- Poprosiłem(-am) o usługi tłumacza i odmówiono mi
- Umiejętności tłumacza(-y) pisemnego(-ych) lub ustnego(-ych) nie były dobre (wymienić nazwiska, jeśli znane)
- Tłumacz(e) wyrażał(-li) niegrzeczne lub nieodpowiednie komentarze
- Usługa trwała zbyt długo (wyjaśnić poniżej)
- Nie uzyskałem(-am) formularzy ani powiadomień w języku, który rozumiem (wymienić poniżej wymagane dokumenty)
- Nie mogłem(-am) skorzystać z usług, programów ani działań (wyjaśnić poniżej)
- Inne (wyjaśnić poniżej)

**Kiedy wystąpił problem?** \_\_\_\_\_ Data (MM/DD/RRRR): \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_ rano po południu

**Gdzie sytuacja miała miejsce?** \_\_\_\_\_

**Proszę opisać, co się wydarzyło.** Proszę opisać szczegółowo. W razie konieczności skorzystać z dodatkowych stron. Na każdej kartce podać imię i nazwisko.

Wymienić wymagany język, usługi i dokumenty. Uwzględnić nazwiska, adresy i numery telefonów osób biorących udział, jeśli są znane.

**Czy złożył(a) Pan(i) skargę do pracownika wydziału/instytucji? Kto i jakiej udzielił odpowiedzi?** Proszę opisać szczegółowo.

Oświadczam, że powyższe oświadczenie jest prawdziwe zgodnie ze stanem mojej wiedzy i przekonań.

**Podpis:** \_\_\_\_\_  
(Osoba składająca zażalenie)

**Data** (MM/DD/RRRR): \_\_\_\_\_

**Nie pisać w tym polu. (Tylko do użytku urzędowego)**

Data: \_\_\_\_\_ Osoba oceniająca: \_\_\_\_\_

