



Ufficio per i servizi alla comunità della Suffolk County

H. Lee Dennison Building  
100 Veteran's Memorial Hwy.  
Hauppauge, NY 11788  
Telefono: (631) 853-4738 Fax: (631) 853-8271  
E-mail: Minority.Affairs@suffolkcountyny.gov

**Accesso ai servizi nella propria lingua: Modulo di reclamo**

È consuetudine della Suffolk County adottare ogni misura ragionevole per superare le barriere linguistiche nei servizi e programmi pubblici. Per farlo, ci proponiamo di: 1) Parlarvi nella vostra lingua e 2) Fornire i moduli e i documenti essenziali nelle sei lingue più comunemente parlate oltre all'inglese.

I commenti che fornirete in questo modulo ci aiuteranno a conseguire questi obiettivi. **Ogni informazione è riservata.**

Compilate in stampatello e firmate il modulo usando una penna con inchiostro nero. Quindi inviatelo a uno dei recapiti sopra indicati (posta, fax o e-mail).

**Persona che presenta il reclamo:** \_\_\_\_\_ ID reclamante (se disp.): \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Città o comune: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Lingua preferita: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail (se disponibile): \_\_\_\_\_  
Tel. abitazione: \_\_\_\_\_ Altro telefono: \_\_\_\_\_  
**Qualcun altro vi sta aiutando a compilare questo modulo?** Sì No Se "Sì", includere il suo:  
Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

**Qual è stato il problema?** Spuntare tutte le caselle pertinenti e fornire una descrizione.

- Non mi è stato offerto un interprete
- Ho chiesto un interprete ma mi è stato negato
- L'interprete/gli interpreti o il traduttore/i traduttori non era/erano molto preparato/i (fornire i nomi, se noti)
- L'interprete/gli interpreti ha/hanno fatto commenti sgarbati o inappropriati
- I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)
- I moduli o le comunicazioni mi sono stati forniti in una lingua che non comprendo (elencare di seguito i documenti richiesti)
- Non ho potuto usufruire di servizi, programmi o attività (spiegare di seguito)
- Altro (spiegare di seguito)

**Quando si è verificato il problema?**

Data (MM/GG/AAAA): \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ AM PM

**Dove si è verificato il problema?** \_\_\_\_\_

**Descrivete quanto è accaduto.** Siate precisi. All'occorrenza, aggiungete altre pagine. Scrivete in stampatello il vostro nome su ciascun foglio. Elencate la lingua, i servizi e i documenti necessari. Includete nome, indirizzo e numero di telefono delle persone coinvolte, se noti.

**Avete già presentato reclamo a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? A chi e qual è stata la risposta?** Siate precisi.

**Certifico che la presente dichiarazione è vera e accurata per quanto di mia conoscenza.**

**Firma:** \_\_\_\_\_  
(Persona che presenta il reclamo)

**Data** (MM/GG/AAAA): \_\_\_\_\_

**Non scrivere in questo riquadro. Riservato all'ufficio**

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_