



Suffolk County Office of Community Services

H. Lee Dennison Building
100 Veteran's Memorial Hwy.
Hauppauge, NY 11788
電話：(631) 853-4738 傳真：(631) 853-8271
電子郵件：Minority.Affairs@suffolkcountyny.gov

以您熟悉的語言使用服務：投訴表

薩福克郡的政策是採取合理的行動，克服公共服務與計畫的語言障礙。因此，我們的目標是：1) 以您的語言與您交談，以及 2) 以英文以外的六種最常使用的語言提供重要的表單與文件。
您對本表單的意見將協助我們達成目標。**所有資訊都加以保密。**

請使用黑色墨水列印並簽署此表單。然後依上述資訊，以郵寄、傳真或電子郵件方式傳送此表單。

投訴者： _____ 申請 ID 號碼（若有）： _____
 名字： _____ 姓氏： _____
 街道地址： _____
 市、鎮或村： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____
 慣用語言： _____ 電子郵件地址（若有）： _____
 住家電話號碼： _____ 其他電話號碼： _____
 是否有其他人協助您提出此投訴？ 是 否 若回答「是」，請提供他們的：
 名字： _____ 姓氏： _____

問題為何？請勾選以下適用的所有方框，並加以說明。

- 沒有為我提供口譯員
- 我要求提供口譯員但遭拒絕
- 口譯員或翻譯員技能不佳（若已知，請列出他們的姓名）
- 口譯員做出了粗魯或不恰當的詮釋
- 服務花費的時間太長（請於下方解釋）
- 我獲得的表單或通知所使用的並非我理解的語言（請於下方列出需要的文件）
- 我無法使用服務、計畫或活動（請於下方說明）
- 其他（請於下方說明）

問題發生的時間？ _____ 日期（年/月/日）： _____ 時間：上午 _____ 下午 _____

問題發生的地點？ _____

請敘述發生的經過。請詳細說明。必要時使用額外的紙張。請在每一頁上以正楷書寫您的姓名。

條列所需的語言、服務與文件，包括相關人士的姓名、地址與電話號碼（若已知）。

您是否曾經向部門/機構裡的任何人投訴過？受理者是誰？反應為何？請詳細說明。

本人證明就本人所知，此聲明是真實的。

簽名： _____ 日期（年/月/日）： _____
(投訴者)

不要在此方框內填寫。僅供機構使用

日期： _____ 審查： _____