

언어 지원 불만 제기 양식

NYS Office for People With Developmental Disabilities
Executive Office of Diversity, Equity, and Inclusion
25 Beaver Street, 3rd Floor, New York, NY 10004
Email: lep.complaints@pwdd.ny.gov

뉴욕주의 언어 사용 정책은 특정 공공 기관들이 모든 언어로 통역 서비스를 제공하고, 뉴욕주에서 가장 많이 사용되는 영어를 제외한 12 개 이상의 언어로 중요한 문서를 번역하도록 하고 있습니다. 뉴욕시 기관의 영어 사용 서비스와 관련하여 불편함을 겪으셨다면 위에 제공된 연락처 정보를 사용하여 이 불만제기 양식을 작성한 후 제출해 주십시오. **불만제기 양식의 모든 개인 정보는 비밀이 보장됩니다.**

1. 불만제기 당사자: 이름: _____ 성: _____ 우편번호: _____

이름을 제공하고 싶지 않음. *연락처를 제공하지 않을 경우 불만사항에 대해 취해질 절차를 안내해드릴 수 없습니다.*

선호하는 언어: _____ 전화번호: _____ 이메일 주소: _____

불만제기 접수를 다른 사람이 도와주고 있습니까? 아니요 예 "예"로 답한 경우 도와주는 사람의 연락처 정보를 포함시켜 주십시오:

이름: _____ 성: _____

이메일 주소 및/또는 전화번호: _____

2. 어느 언어로 서비스를 받기를 원하셨습니까?

3. 어떤 문제가 있었습니까? 해당되는 상자를 모두 선택하고 아래에 설명을 해 주십시오.

- 통역사 서비스가 제공되지 않았다
- 통역사 서비스를 요청했지만 거절당했다
- 통역사의 실력이 좋지 않았다(통역사의 이름을 알고 있다면 아래의 섹션 5에 적어 주십시오)
- 통역사가 무례했거나 부적절한 발언을 했다
- 통역사 서비스를 너무 오래 기다렸다
- 내가 이해할 수 있는 언어로 양식이나 고지를 받지 못했다(필요한 문서를 아래의 섹션 5에 열거하십시오)
- 기타(설명) _____

4. 해당 문제는 언제 발생했습니까? 두 번 이상 발생했다면, 가장 최근의 문제가 발생한 날짜를 포함해 주십시오.

날짜(월월/일일/연연연연): _____ 시간: _____ AM PM

해당 문제는 어디에서 발생했습니까? 전화로 직접 대면 주소 기입: _____

5. 어떤 일이 발생했는지 설명해 주십시오. 구체적으로 최대한 자세하게 설명해 주십시오. 두 번 이상 발생했다면, 각 사건이 발생한 날짜/시간을 적고 상황을 설명해 주십시오. 본인이 이용하려고 했던 서비스와 문서를 모두 열거해 주십시오. 관련자의 이름, 주소, 전화번호를 포함해 주십시오. 필요하다면 페이지를 추가하고 각 페이지에 본인의 이름을 적어 주십시오.



6. 부서/기관의 직원에게 불만사항을 설명했습니까? 설명했다면 누구였는지, 그들의 반응이 어떠했는지 적어 주십시오. 구체적으로 설명해 주십시오.

인쇄체로 이름 기입: _____ 날짜 (월월/일일/연연연연): _____
(불만제기 당사자)

이곳에 기재하지 마십시오. 기관 사용란.

Date: _____ Reviewer: _____
Resolution: _____