NEW YORK STATE OFFICE OF THE MEDICAID INSPECTOR GENERAL
800 North Pearl Street
Albany, New York 12204
電話: 518-473-3782 | 傳真: 518-474-6773 | 電子郵件: Information@omig.ny.gov

您需要的語言服務：投訴表

紐約州的政策是採取步驟，克服公共服務和計劃領域中的語言障礙。為此，我們的目標是：1)使用您的語言與您交流 2)用除英語之外的，最為常用的六種語言提供重要表格與文件。
您對此表格的意見將幫助我們實現該目標。**所有資訊均為保密**。

請使用黑色墨水用正楷填寫和簽署表格。並發至上方所示的郵寄、傳真或電子郵件地址。

投訴人：投訴人 ID 號碼（如適用）：

名字：　　姓氏：

街道地址：

市、鎮或村名：　　州：　　郵遞區號：

希望使用語言：　　電子郵件地址（如適用）：

家庭電話：　　其他電話：

是否有他人協助您提交投訴？ 是☐ 否☐ 如「是」，請提供此人：

名字：　　姓氏：

投訴內容爲何？ 勾選所有適用方格並於下方進行說明。

- ☐ 未為我提供口譯員
- ☐ 我要求提供口譯員但遭拒絕
- ☐ 口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示）
- ☐ 口譯員言語粗魯不當
- ☐ 等待翻譯服務時間過長（請於下方說明）
- ☐ 未以我能懂得的語言提供表格或通知（請於下方列示所需文件）
- ☐ 我無法使用服務、計劃或活動（請於下方說明）
- ☐ 其他（請於下方說明）

情況發生時間？ 日期（月/日/年）：　　時間：　　上午☐ 下午☐

情況發生地點？

描述情況發生經過。請具體說明。必要時使用附加頁。每一頁上均需寫上您的姓名。列舉所需語言、服務和文件。請提供所涉人員的姓名、地址和電話號碼（如知道）。

您是否曾向任何部門/機構人員作出投訴？對您的投訴做出何回應？請具體說明。

我保證，儘本人所知及所信，上述陳述真實無誤。

簽名：_____ **日期**（月/日/年）：

（投訴人）

Do not write in this box. For office use only / 此處僅供工作人員之用，請勿填寫。

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:

LA 1TC (09/12)