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

Accesso ai servizi nella propria lingua: modulo di reclamo

Lo Stato di New York persegue la politica di prendere misure ragionevoli per superare le barriere linguistiche nei servizi e nei programmi pubblici. Per ottenere tale risultato, il nostro obiettivo è: 1) parlare con le persone nella loro lingua 2) fornire moduli e documenti anagrafici nelle principali sei lingue più utilizzate, oltre all'inglese.
I commenti espressi in questo modulo ci saranno utili a raggiungere tale obiettivo. **Tutte le informazioni sono riservate**.

Scrivere stampatello o a macchina e firmare il modulo con inchiostro nero. Quindi inviare il modulo per posta, fax o e-mail ai recapiti sopra indicati.

Persona che effettua il reclamo: N. ID reclamante (se disponibile):
Nome: Cognome:
Indirizzo (via/piazza):
Città, comune o paese: Stato: Codice fiscale:
Lingua preferita: Indirizzo e-mail (se disponibile):
Telefono di casa: Altro telefono:

Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo? Sì ☐ No ☐ Se "Sì", inserire il suo:
Nome: Cognome:

Qual è stato il problema? Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito.

- ☐ Non mi è stato offerto un interprete
- ☐ Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato
- ☐ Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicarne i nomi, se noti)
- ☐ L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati
- ☐ I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)
- ☐ Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari)
- ☐ Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito)
- ☐ Altro (spiegare di seguito)

Quando è avvenuto il problema? Data (MM/GG/AAAA): Ora: matt. ☐ pom. ☐

Dove è avvenuto il problema?

Descrivere cosa è avvenuto. Spiegare dettagliatamente. Se occorre, utilizzare altre pagine. Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome su ciascun foglio. Indicare la lingua, i servizi e i documenti necessari. Indicare anche i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte, se noti.

Il reclamo è stato espresso a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? Chi? E qual è stata la risposta? Spiegare dettagliatamente.

Attesto che la presente dichiarazione è vera in base alle mie conoscenze e convinzioni.

Firma: _____ **Data** (MM/GG/AAAA):
(Persona che effettua il reclamo)

Do not write in this box. For office use only / Non scrivere in questa casella Riservata all'ufficio

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution: