



আপনার ভাষাতে পরিষেবাগুলোর অ্যাক্সেস

The Office of Diversity and Inclusion (ODI) (দ্য অফিস অব ডাইভারসিটি এন্ড ইনক্লুশন) কমিউনিটি এবং প্রোগ্রামগুলোর ক্ষেত্রে ভাষা সংক্রান্ত বাধা-বিপত্তিগুলো কাটিয়ে ওঠার জন্য কার্যত পদক্ষেপগুলো গ্রহণ করে। সমস্ত প্রোগ্রাম, ক্লিনিক, এবং এজেন্সিগুলো যারা গ্রাহকদের পরিষেবা প্রদান করছে তাদের এই বিষয়গুলোতে সক্ষম হতে হবে: 1) আপনার ভাষায় কথা বলতে হবে এবং 2) এবং আপনার মাতৃভাষায় সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ নথিপত্র এবং ফর্ম প্রদান করতে হবে। কীভাবে পরিষেবাগুলো প্রদান করা হয়েছে এবং একজন ব্যক্তি তা গ্রহণ করেছেন সেই বোঝাপড়া উন্নত করতে আমাদের সাহায্য করুন, আমরা আপনাকে অনুরোধ করছি যে আপনি অনুগ্রহ করে নীচের সার্ভে বা পরিদর্শনটি সম্পূর্ণ করুন যাতে তা আপনার নিজের ভাষাতে পরিষেবাগুলো অ্যাক্সেস করার ক্ষেত্রে আপনার অভিজ্ঞতা সম্পর্কে আরও ভালভাবে বুঝতে আমাদের সহায়তা করবে। matthew.canuteson@omh.ny.gov-এ: ফর্মটি পূরণ করুন এবং এই ফর্মটি আমাদের পাঠান।

আপনি কোন ভাষায় পরিষেবা গ্রহণের চেষ্টা করছেন?

এই ঘটনাটি কখন ঘটেছিল? তারিখ (মামা/দিদি/বববব): _____

সমস্যাটি কোন (শহরতলি/ শহর) এবং কোন প্রোগ্রাম/ ক্লিনিক/এজেন্সিতে ঘটেছে?

সমস্যাটি কি ছিল? (প্রয়োজ্যটিতে গোল করুন/টিক চিহ্ন দিন)

- আমাকে কোনো দোভাষীর জন্য প্রস্তাব জানানো হয়নি
- আমি একজন দোভাষীর জন্য অনুরোধ জানিয়ে ছিলাম এবং তা প্রত্যাখান করা হয়েছে
- দোভাষী(দের) অথবা অনুবাদক(দের) মান অত্যন্ত খারাপ ছিল
- দোভাষী(রা) খুব খারাপ মন্তব্য অথবা দুর্ব্যবহার করেছিলেন
- পরিষেবার ক্ষেত্রে দীর্ঘ সময় লেগেছিল
- আমি যেই ভাষা বুঝি বা জানি সেই ভাষাতে ফর্মটি আমাকে প্রদান করা হয়নি
- আমি পরিষেবা, প্রোগ্রাম অথবা কার্যকলাপ ব্যবহার করতে অক্ষম ছিলাম
- অন্যান্য (নীচে ব্যাখ্যা করুন):

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন:

1. আপনার পছন্দের ভাষায় প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি পেতে আপনার কতক্ষণ সময় লেগেছে? _____
2. আপনার পছন্দের ভাষায় পরিষেবা এবং তথ্য অ্যাক্সেস করা কি সহজ ছিল? (অনুগ্রহ করে নীচে গোল করুন)।
হ্যাঁ না
3. যদি না হয়, সহজেই পরিষেবাগুলিতে অ্যাক্সেস করা থেকে আপনাকে কোন বিষয়গুলো বাধা দিয়েছে? (অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন)

4. আপনি কি মনে করেন যে আপনার আপনার জন্য উপলব্ধ মানসিক স্বাস্থ্য পেশাদার/সহকর্মী বিশেষজ্ঞরা, ভাষা অ্যাক্সেস পরিষেবাগুলি ব্যবহার করার ক্ষেত্রে কি প্রশিক্ষিত ছিল? (অনুগ্রহ করে নীচে গোল করুন)।
হ্যাঁ না
5. আপনি আপনার পছন্দের ভাষায় পরিষেবা এবং তথ্য অ্যাক্সেস করা সম্পর্কে প্রোগ্রাম/ ক্লিনিক/এজেন্সি-এর তরফ থেকে কাউকে অভিযোগ করেছিলেন? (অনুগ্রহ করে নীচে গোল করুন)।
হ্যাঁ না
6. যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে ব্যক্তিটি কে তা চিহ্নিত করুন।