



New York State Office of Mental Health

44 Holland Avenue

Albany, New York 12229

電子郵件: culturalcompetencebureau@omh.ny.gov

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：

投訴內容為何？ 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。

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。

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: _____

