

New York State Office of Mental Health  
Office of Diversity & Inclusion  
44 Holland Avenue 2<sup>nd</sup> Floor  
Albany, NY 12229  
[OfficeDiversityInclusion@OMH.NY.Gov](mailto:OfficeDiversityInclusion@OMH.NY.Gov)

## 語言服務投訴表

紐約州的語言服務可達性政策要求某些面向公眾的機構提供任何語言的口譯服務，並將重要檔至少翻譯成該州最常見的十大非英語語言。如果在本機構的語言服務中遇到障礙，您可以使用上方提供的聯繫資訊填寫並提交投訴表。投訴表中提供的所有個人資訊均為保密。

1. 投訴內容：名字：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

我選擇匿名。請注意，如果不提供聯繫資訊，我們將無法通知您我們為回應您的投訴所採取的步驟。

所需語言(多種)：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_ 電子郵寄地址：\_\_\_\_\_

是否有其他人幫助您提出本投訴？ 否  是 如回答為‘是’請提供其聯繫資訊：

名字：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_

電郵地址及/或電話號碼：\_\_\_\_\_

### 2. 您需要使用何種語言提供服務

3. 發生了什麼問題？勾選所有適用的方塊並于下方做出解釋。

未為我提供口譯員

我要求提供口譯員但遭拒絕

口譯員能力不佳（如知道其姓名，請于下方第 5 欄列示）

口譯員言語粗魯或不恰當

等待口譯員時間冗長

未以我能理解的語言提供表格或通知（請于下方第 5 欄列示所需的文件）

其他 (請說明)\_\_\_\_\_

4. 此事何時發生？如多次發生，請提供最近一次發生的日期。

日期 (月月/日日/年年年年)：\_\_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_\_  上午  下午

此事於何處發生？ 通過電話  當面 請提供地址：\_\_\_\_\_

5. 請描述發生的經過。請提供具體，並盡可能多的細節。如多次發生，請提供每次日期/時間並描述每次事件經過。請列舉您需要獲得的所有服務和檔。請提供所涉人員的姓名、地址和電話號碼（如知道）。必要時使用附加頁，每頁均需帶有您的姓名。

6. 您是否向任何部門/機構人員投訴過？如回答“是”，請提供向何人投訴及其回應為何。請具體說明。

正楷姓名：\_\_\_\_\_ 日期 (月月/日日/年年年年)：\_\_\_\_\_

(投訴人)

請勿於此填寫。僅供工作人員使用。

Date:\_\_\_\_\_ Reviewer:\_\_\_\_\_

Resolution:\_\_\_\_\_