

使用您的語言取得服務：投訴表

受害人補償和政府理賠委員會的政策是確保根據《Dymally-Alatorre雙語服務法案》使所有的人同等獲取服務和資訊，包括不懂英語或者英語能力有限的人。為此，我們的目標是在英語之外還用最常使用的語言提供重要的表格和文件。您在本表格中的意見將幫助我們達成此目標。所有的資訊均保密。

請打印本表格並且簽名，然後寄發到：

Victim Compensation and Government Claims Board
Human Resources Section
PO Box 48
Sacramento, CA 95812
vcgcb.hr@vcgcb.ca.gov
Fax (916) 491-6407

提出投訴的人

投訴人的 ID
(如果有) _____

首選語言 _____

名 _____ 姓 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編 _____

主要電話 _____ 其他電話 _____

是否有人幫助您提交這項投訴？ 是 否 如果是，包括他們的：

名 _____ 姓 _____

是什麼問題？

選擇所有適用的複選框並且解釋。

- 沒有為我提供口譯員
- 我要求口譯員並且遭到了拒絕
- 口譯員或翻譯員的技能不好（列出他們的姓名，如果知道）
- 口譯員作出了粗魯或不適當的評論
- 服務時間太長（在下面解釋）
- 沒有把我可以理解的語言的表格或通知給我（在下面列出所需要的文件）
- 我無法使用服務、計劃或活動（在下面解釋）
- 其他（在下面解釋）

這個問題是在什麼時候發生的？ 日期 _____ 時間 _____ 上午 下午

這個問題是在什麼地方發生的？ _____

描述發生的情況

請具體說明。根據需要使用額外的紙頁。在每一張紙上工整書寫您的姓名。列出需要的語言、服務和文件。包括涉及的人的姓名、地址和電話號碼，如果知道的話。

您是否向該機構的人投訴過？向誰以及是什麼反應？請具體說明

我證明，據我所知所信，以上陳述屬實。

簽名 _____ 日期 _____

Departmental Use Only

Date Received _____ Reviewer _____

Resolution _____