

Tiếp Cận Dịch Vụ bằng Ngôn Ngữ của Bạn:

Mẫu Đơn Khiếu Nại

Chính sách của Ban Bồi Thường Nạn Nhân và Khiếu Nại Tiểu Bang bảo đảm rằng tất cả mọi người, kể cả những người không biết hay chưa thông thạo tiếng Anh, đều được cung cấp bình đẳng sự tiếp cận dịch vụ và thông tin theo đúng với Luật Dịch Vụ Song Ngữ Dymally-Alatorre. Để thực hiện điều này, mục tiêu của chúng tôi là cung cấp các mẫu đơn và tài liệu quan trọng bằng ngôn ngữ thường dùng nhất, bên cạnh tiếng Anh. Nhận xét của bạn về mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi hướng đến mục tiêu đó. Mọi thông tin đều được bảo mật.

Xin vui lòng in ra và ký tên vào mẫu đơn rồi gửi về:

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

Người làm đơn khiếu nại

Căn cước Người Khiếu nại
(nếu có) _____

Ngôn ngữ Thích hợp _____

Tên _____ Họ _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Số Khu _____

Số Điện thoại chính _____ Số Điện thoại khác _____

Có một người khác giúp bạn làm đơn khiếu nại này phải không?

Có Không *Nếu có, xin ghi tên của họ:*

Tên _____ Họ _____

Vấn đề của bạn là gì?

Đặt dấu kiểm tra vào tất cả các ô thích hợp và giải thích.

- Tôi đã không được cung cấp một thông dịch viên
- Tôi đã yêu cầu một thông dịch viên và đã bị từ chối
- Kỹ năng của thông dịch viên hay phiên dịch viên không giỏi (Liệt kê tên của họ, nếu biết)
- Thông dịch viên đưa ra những nhận xét khiếm nhã và không thích hợp
- Dịch vụ kéo dài quá lâu (Giải thích dưới đây)
- Tôi không được cung cấp các mẫu đơn hay thông báo bằng ngôn ngữ mà tôi có thể hiểu (Liệt kê các tài liệu cần thiết dưới đây)
- Tôi không thể xử dụng các dịch vụ, chương trình hay hoạt động (Giải thích dưới đây)
- Khác (Giải thích dưới đây)

Vấn đề đã xảy ra khi nào?

Ngày _____ Giờ _____ Sáng Chiều

Vấn đề đã xảy ra ở đâu? _____

State of California

Victim Compensation and Government Claims Board

VCGCB-HR-17 (Rev. 1/2016)

Mô tả những gì đã xảy ra

Xin mô tả cụ thể. Dùng thêm các trang giấy, nếu cần. Viết chữ in tên của bạn trên mỗi trang giấy. Liệt kê ngôn ngữ, dịch vụ và tài liệu cần thiết. Bao gồm các tên, địa chỉ, và số điện thoại của người liên quan, nếu biết.

Bạn đã khiếu nại với ai trong cơ quan này? Ai và những gì đã được đáp ứng? Xin viết cụ thể.

Tôi xác nhận rằng lời xác định này là sự thật theo sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi.

Chữ ký _____

Ngày _____

Departmental Use Only

Date Received _____

Reviewer _____

Resolution _____