

언어 서비스 접근: 불평 접수 양식

Dymally-Alatorre 이중 언어 서비스 법령에 따라 비영어 또는 한계적 영어 숙달자들을 포함 모든 사람들에게 범죄 피해자 보상 및 정부 청구 이사회 정책은서비스와 정보에 공평한 접근 제공을 보장합니다.

그렇게 위하여, 영어 이외에 가장 자주 사용되는 언어들에 필수 양식과 문서를 제공하는것이 본 목표입니다. 이 양식에 귀하의 지적은 그 목표를 달성하는데 도움이 될 것입니다. 모든 정보는 비공개 됩니다.

양식을 인쇄하고 사인하셔서 우편으로 발송해 주세요:

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

불평 하시는 분

청구자 아이디
(사용가능시) _____

선호 언어 _____

이름 _____ 성 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ Zip _____

제 1 차 연락처 _____ 기타 연락처 _____

이 불평 접수를 도와 주신 분이 계십니까? 예 아니오 '예' 라면, 이름을 적으세요

이름 _____ 성 _____

무슨 문제가 있으셨나요?

적용되는 모든 상자에 표기하시고 설명하세요.

통역사가 제공되지 않았습니다.

통역사를 요구했으나 거절되었습니다.

통역사(들)나 번역사(들)의 기술이 부족했습니다.(아시면, 그분들의 이름들을 열거해 주세요.)

통역사(들)가 무례한 또는 부적합한 평을 했습니다.

서비스가 오래 걸렸습니다.(아래에 설명해 주세요)

제가 이해할수 있는 언어로 양식들이나 통지서들 받지 못했습니다.(아래에 필요한 문서들을 열거해 주세요)

서비스, 프로그램 또는 활동을 사용할수 없었습니다.(아래에 설명해 주세요)

기타(아래에 설명해 주세요)

문제가 언제 일어났습니까? 날짜 _____ 시간 _____ 오전 오후

문제가 어디서 일어났습니까? _____

무슨 일이 있었는지 설명해 주세요

상세히 말씀해 주세요. 필요하다면 추가 용지를 사용하세요. 매 장마다 본인의 이름을 적으세요. 필요하신 언어들, 서비스들 및 문서들을 열거하세요. 만약 아는 경우, 결부된 사람들의 이름들, 주소들 및 연락처들을 포함하세요.

에이전시 직원에게 항의 하셨습니까? 누가 답변했고 어떻게 답변 되었습니까? 상세히 말씀해 주세요.

본인이 알고 믿는 바로는 이 진술이 사실임을 증명합니다.

사인 _____ 날짜 _____

Departmental Use Only

Date Received _____ Reviewer _____

Resolution _____