

## 語言輔助服務投訴表格

你有免費及時進行翻譯和筆譯資料的權利。請使用此表格報告任何你使用加州社會服務處語文服務的困難經歷。

寄回本表格到公民權利局, P.O. Box 944243, MS 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430 或傳真到 (916) 653-9332. 如果你有任何問題或疑慮, 請與我聯絡: (916) 654-2107; 免費電話 1 (866) 741-6241; 或通過加州傳遞信息服務接線員 1 (800) 735-2929。

### 1. 你的聯絡資料

|          |       |       |
|----------|-------|-------|
| 名字:      | 姓:    |       |
| 地址:      |       |       |
| 市:       | 州:    | 郵政編碼: |
| 家庭/手機號碼: | 電子郵件: |       |

### 2. 翻譯/筆譯詳情

事件發生日期: \_\_\_\_\_

CDSS/計劃: \_\_\_\_\_

辦公地址: \_\_\_\_\_

你可知道在事件發生之前你有免費翻譯/筆譯服務的權利? ☐ 是 ☐ 否

事件: ☐ 親身在場 ☐ 信件 ☐ 電子郵件 ☐ 通過電話

是什麼方言你需要幫助? \_\_\_\_\_

使用方言上的問題:

- |                                       |                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 缺乏雙語人員       | <input type="checkbox"/> 缺乏非英語的表格/資料        |
| <input type="checkbox"/> 缺乏翻譯/筆譯服務    | <input type="checkbox"/> 缺乏告示牌通知市民有關翻譯/筆譯服務 |
| <input type="checkbox"/> 延誤接收的翻譯/筆譯服務 | <input type="checkbox"/> 其他: _____          |
| <input type="checkbox"/> 翻譯/筆譯服務的素質   |                                             |

簡要說明事件的經過 (如有需要, 請用額外紙張填寫):

### 3. 協助表格填寫

是否有人協助填寫此表格? ☐ 是 (填寫下面的資料) ☐ 否 (如果沒有, 請保留空白)

|       |       |
|-------|-------|
| 名字:   | 姓:    |
| 機構:   |       |
| 電話號碼: | 電子郵件: |

我證明這聲明是真實的, 盡我所知及可信的。

|     |     |
|-----|-----|
| 簽名: | 日期: |
|-----|-----|

此表格可以應要求被翻譯成另一種語言。

隱私聲明

1977 年資料慣例法案 (加州民事法規第 1798.1 欄, et. seq.) 和 1974 年的聯邦隱私法 (Title V, 美國法規第 552a 欄, et. seq.) 規定收集來自個人的個人信息時，必須提供本通知。

根據 Dymally-Alatorre 雙語服務法所要求的語言輔助服務投訴表格上的信息，和 1964 年的民權法案的第六章。這些信息是自願性質的；但是，不完全地和準確地提供信息，可能會導致社會福利部缺乏聯絡投訴人的能力。此信息僅用於聯絡投訴人和/或索取進一步資料。

*Do not write in this box. Departmental use only* (請勿在這框子裏書寫。僅供部門使用)

|                                        |        |       |
|----------------------------------------|--------|-------|
| REVIEWER:                              | PHONE: | DATE: |
| FINDINGS:                              |        |       |
| RESOLUTION/CORRECTIVE ACTION(S):       |        |       |
| APPROVAL SIGNATURE BY PROGRAM MANAGER: | DATE:  |       |

*Civil Rights Bureau use only* (僅供公民權利局使用)

|              |       |
|--------------|-------|
| REVIEWED BY: | DATE: |
| COMMENTS:    |       |

此表格可以應要求被翻譯成另一種語言。