

ФОРМА ЖАЛОБЫ ОБ ОТСУТСТВИЯ УСЛУГ ПЕРЕВОДЧИКА

У вас есть право на своевременные бесплатные услуги переводчика и перевода информации. Пожалуйста, воспользуйтесь этой формой для сообщения о любых проблемах, с которыми вы столкнулись при доступе к услугам перевода в Департаменте Социальных Услуг штата Калифорния.

Верните эту форму по почте в Бюро по защите Прав Человека, по адресу: Civil Rights Bureau P.O. Box 944243, MS 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430 или по факсу: (916) 653-9332. Если у вас есть какие-либо вопросы или замечания, обратитесь к нам по телефону: (916) 654-2107; бесплатный номер: 1 (866) 741-6241; или через оператора релейной службы Калифорнии (California Relay Service): 1 (800) 735-2929.

1. ВАША КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИМЯ:	ФАМИЛИЯ:	
АДРЕС		
ГОРОД:	ШТАТ:	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:
НОМЕР ДОМАШНЕГО/СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА:	ЭЛ. ПОЧТА:	

2. ДЕТАЛИ УСТНОГО/ПИСЬМЕННОГО ПЕРЕВОДА

Дата инцидента: _____

CDSS/Программа: _____

Адрес офиса: _____

Знали ли вы до инцидента, что у вас есть право на бесплатный устный/письменный перевод? Да Нет

Инцидент: Лично Письмо Эл. почта По телефону

На каком языке вам нужна помощь? _____

Проблема (ы) с переводом:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Отсутствие двуязычного персонала | <input type="checkbox"/> Отсутствие форм / материалов на других языках |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие услуг по устному/письменному переводу | <input type="checkbox"/> Отсутствие знаков, информирующих публику об услугах письменных/устных переводов |
| <input type="checkbox"/> Задержка в получении услуг по устному письменному переводу | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Качество устного/письменного перевода | |

Краткое описание инцидента (Если необходимо, приложите дополнительные страницы):

3. ПОМОЩЬ С ФОРМОЙ

Помог ли кто-либо вам с этой формой? Да (Заполните информацию ниже) Нет (Если нет, пустым)

ИМЯ:	ФАМИЛИЯ:
ОРГАНИЗАЦИЯ:	
ТЕЛЕФОН:	ЭЛ. ПОЧТА:

Я подтверждаю, что это утверждение верно в меру моих знаний и убеждений.

ПОДПИСЬ:	ДАТА:
----------	-------

Эта форма, по вашей просьбе, может быть переведена на другой язык.

Заявление о конфиденциальности

Положение о практике информации от 1977 (California Civil Code, section 1798.1, et. seq.) и Федеральный закон конфиденциальности от 1974 (Title V, United States Code, section 552a, et. seq.) требуют предоставлять это уведомление при сборе личной информации .

Информация, запрошенная в форме жалобы отсутствия услуг переводчика, в соответствии с актом двуязычных услуг Dymally-Alatorre Bilingual Services Act и Title VI акта прав человека от 1964. предоставление этой информации добровольно; Однако, непредставление полной и точной информации может привести к неспособности Департамента связаться с заявителем. Эта информация используется только, чтобы связаться с заявителем и/или запросить дополнительную информацию.

Do not write in this box. Departmental use only (Только для служебного пользования)

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

Civil Rights Bureau use only

REVIEWED BY:	DATE:
COMMENTS:	

Эта форма, по вашей просьбе, может быть переведена на другой язык.