



Ufficio per i servizi alla comunità della Suffolk County

H. Lee Dennison Building
100 Veteran's Memorial Hwy.
Hauppauge, NY 11788

Telefono: (631) 853-4738 Fax: (631) 853-8271

E-mail: Minority.Affairs@suffolkcountyny.gov

Accesso ai servizi nella propria lingua: Modulo di reclamo

È consuetudine della Suffolk County adottare ogni misura ragionevole per superare le barriere linguistiche nei servizi e programmi pubblici. Per farlo, ci proponiamo di: 1) Parlarvi nella vostra lingua e 2) Fornire i moduli e i documenti essenziali nelle sei lingue più comunemente parlate oltre all'inglese.

I commenti che fornirete in questo modulo ci aiuteranno a conseguire questi obiettivi. **Ogni informazione è riservata.**

Compilate in stampatello e firmate il modulo usando una penna con inchiostro nero. Quindi inviatelo a uno dei recapiti sopra indicati (posta, fax o e-mail).

Persona che presenta il reclamo: _____ ID reclamante (se disp.): _____
Nome: _____ Cognome: _____
Indirizzo: _____
Città o comune: _____ Stato: _____ CAP: _____
Lingua preferita: _____ Indirizzo e-mail (se disponibile): _____
Tel. abitazione: _____ Altro telefono: _____
Qualcun altro vi sta aiutando a compilare questo modulo? Sì No Se "Sì", includere il suo:
Nome: _____ Cognome: _____

Qual è stato il problema? Spuntare tutte le caselle pertinenti e fornire una descrizione.

- Non mi è stato offerto un interprete
- Ho chiesto un interprete ma mi è stato negato
- L'interprete/gli interpreti o il traduttore/i traduttori non era/erano molto preparato/i (fornire i nomi, se noti)
- L'interprete/gli interpreti ha/hanno fatto commenti sgarbati o inappropriati
- I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)
- I moduli o le comunicazioni mi sono stati forniti in una lingua che non comprendo (elencare di seguito i documenti richiesti)
- Non ho potuto usufruire di servizi, programmi o attività (spiegare di seguito)
- Altro (spiegare di seguito)

Quando si è verificato il problema?

Data (MM/GG/AAAA): _____ Ora: _____ AM PM

Dove si è verificato il problema? _____

Descrivete quanto è accaduto. Siate precisi. All'occorrenza, aggiungete altre pagine. Scrivete in stampatello il vostro nome su ciascun foglio. Elencate la lingua, i servizi e i documenti necessari. Includete nome, indirizzo e numero di telefono delle persone coinvolte, se noti.

Avete già presentato reclamo a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? A chi e qual è stata la risposta? Siate precisi.

Certifico che la presente dichiarazione è vera e accurata per quanto di mia conoscenza.

Firma: _____
(Persona che presenta il reclamo)

Data (MM/GG/AAAA): _____

Non scrivere in questo riquadro. Riservato all'ufficio

Date: _____

Reviewer: _____