

**語言通達投訴表**

DS 6022-CH TRAD (Rev. 09/2024)

使用此表格向發育服務部報告與語言通達相關的投訴。請將本表格和任何相關文件退還至人權和倡議服務辦公室 (OHRAS) · 地址：1215 O Street, MS 10-50, Sacramento, CA 95814 · 或透過電子郵件提交至 [ohras@dds.ca.gov](mailto:ohras@dds.ca.gov)。

1. 投訴人		
名字：	姓氏：	
地址 ( 街道、鄉村路線或郵政信箱 )：		
城市：	州：	郵遞區號：
電話：	電子郵件：	
首選聯絡方式： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 郵件		

2. 投訴詳細資訊 ( 請填寫下面的內容，如果需要，附加頁面。 )	
事件日期：	地點 ( 設施名稱或地址 )：
語言通達問題：	勾選所有適用項： <input type="checkbox"/> 缺乏雙語人員或口譯員 <input type="checkbox"/> 缺乏翻譯的表格或資料 <input type="checkbox"/> 缺乏告知公眾口譯和筆譯服務的標誌 <input type="checkbox"/> 其他：_____
您需要什麼語言的幫助？	<input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 他加祿語 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 其他：_____

簡單描述您的經驗：

3. 投訴表格協助	
是否有人協助您填寫此表格？ <input type="checkbox"/> 是 ( 提供以下完整資訊 ) <input type="checkbox"/> 否 ( 如果否，請留空 )	
名字：	姓氏：
組織或與投訴人的關係：	
電話：	電子郵件：

DEPARTMENTAL USE ONLY ( 僅供部門使用 )	
DATE RECEIVED:	CONTACT PERSON:
PHONE:	EMAIL:
ACTION TAKEN:	