

语言通达投诉表

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

使用此表格向发育服务部报告与语言通达相关的投诉。请将此表格及所有相关文件寄回人权和倡导服务办公室 (OHRAS), 地址: 1215 O Street, MS 10-50, Sacramento, CA 95814, 或通过电子邮件提交至 ohras@dds.ca.gov。

1. 投诉人		
名字:	姓氏:	
地址 (街道、乡村路线或邮政信箱):		
城市:	州:	邮政编码:
电话:	电子邮件:	
首选联系方式:	<input type="checkbox"/> 电话	<input type="checkbox"/> 电子邮件
		<input type="checkbox"/> 邮件

2. 投诉详情 (请填写以下内容, 如果需要, 附加页面。)	
事件日期:	地点 (设施名称或地址):
语言通达问题:	勾选所有适用项: <input type="checkbox"/> 缺乏双语人员或口译员 <input type="checkbox"/> 缺少翻译的表格或材料 <input type="checkbox"/> 缺乏告知公众口译和翻译服务的标志 <input type="checkbox"/> 其他: _____
您需要哪种语言的帮助?	<input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 他加禄语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 其他: _____

请简要描述一下您的经历:

3. 投诉表格协助	
是否有人协助您填写此表格?	<input type="checkbox"/> 是 (提供以下完整信息) <input type="checkbox"/> 否 (若否, 请留空)
名字:	姓氏:
投诉人的组织或关系:	
电话:	电子邮件:

DEPARTMENTAL USE ONLY (仅供部门使用)	
DATE RECEIVED:	CONTACT PERSON:
PHONE:	EMAIL:
ACTION TAKEN:	