

언어 이용 불만제기 양식

DS 6022-KO (Rev. 09/2024)

이 양식을 사용하여 언어 이용과 관련된 불만 사항을 발달장애서비스국에 신고하세요. 이 양식과 관련 서류를 1215 O Street, MS 10-50, Sacramento, CA 95814에 소재한 인권 및 옹호 서비스 사무실로 보내거나 ohras@dds.ca.gov로 이메일을 보내세요.

1. 불만을 제기하는 사람		
이름:	성:	
주소(도로명, 지방 우편배달 노선 또는 사서함)		
시:	주:	우편번호:
전화:	이메일:	
선호하는 연락 방법: <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편		

2. 불만 사항 세부 정보 (아래를 작성하고 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하세요.)	
사건 날짜:	장소(시설 이름 또는 주소):
언어 이용 문제:	해당되는 항목 모두에 체크표시하세요: <input type="checkbox"/> 이중 언어를 구사하는 직원 또는 통역사 부족 <input type="checkbox"/> 번역된 양식 또는 자료 부족 <input type="checkbox"/> 대중에게 통역 및 번역 서비스를 알리는 표지판 부족 <input type="checkbox"/> 기타: _____
어떤 언어에 대한 도움이 필요하셨나요?	<input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 타갈로그어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 기타: _____

경험한 내용에 대해 간단하게 설명해 주세요:

3. 불만제기 양식 지원	
이 양식을 작성하는 데 누군가 도움을 주었나요? <input type="checkbox"/> 예(아래 정보를 작성하세요) <input type="checkbox"/> 아니요 ('아니요'인 경우, 비워두세요)	
이름:	성:
조직 또는 불만을 제기하는 사람과의 관계	
전화:	이메일:

DEPARTMENTAL USE ONLY (당부서 전용)	
DATE RECEIVED:	CONTACT PERSON:
PHONE:	EMAIL:
ACTION TAKEN:	