

Mẫu Đơn Khiếu Nại Về Quyền Tiếp Cận Ngôn Ngữ

DS 6022-VIE (Rev. 09/2024)

Sử dụng mẫu đơn này để báo cáo khiếu nại liên quan đến quyền tiếp cận ngôn ngữ với Sở Dịch Vụ Phát Triển Cho Người Khuyết Tật. Vui lòng gửi lại mẫu đơn này và bất kỳ tài liệu liên quan nào cho Văn Phòng Nhân Quyền và Dịch Vụ Vận Động (Office of Human Rights and Advocacy Services, hoặc OHRAS), 1215 O Street, MS 10-50, Sacramento, CA 95814, hoặc gửi qua e-mail tới ohras@dds.ca.gov.

1. NGƯỜI KHIẾU NẠI		
TÊN:		HỌ:
ĐỊA CHỈ (Đường, Tuyến đường nông thôn hoặc Hộp thư bưu điện):		
THÀNH PHỐ:	TIỂU BANG:	MÃ BƯU CHÍNH (ZIP):
ĐIỆN THOẠI:	EMAIL:	
PHƯƠNG THỨC LIÊN HỆ ƯU TIÊN: ☐ Điện thoại ☐ Email ☐ Thư		

2. CHI TIẾT KHIẾU NẠI (Vui lòng điền thông tin vào bên dưới, đính kèm thêm các trang nếu cần.)	
NGÀY XẢY RA SỰ VIỆC:	ĐỊA ĐIỂM (TÊN CƠ SỞ HOẶC ĐỊA CHỈ):
VẤN ĐỀ TIẾP CẬN NGÔN NGỮ:	Chọn tất cả nếu phù hợp:
	☐ Thiếu nhân viên song ngữ hoặc phiên dịch
	☐ Thiếu các hình thức hoặc tài liệu được dịch
	☐ Thiếu biển báo thông báo cho công chúng về dịch vụ phiên dịch và biên dịch
	☐ Khác: _____
QUÝ VỊ CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỚI NGÔN NGỮ NÀO?	☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung Quốc ☐ Tiếng Tagalog ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Hàn ☐ Khác: _____

CUNG CẤP MỘT MÔ TẢ NGẮN GỌN VỀ NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ ĐÃ TRẢI NGHIỆM:

3. HỖ TRỢ MẪU ĐƠN KHIẾU NẠI	
Có ai hỗ trợ quý vị hoàn thành mẫu đơn này không?	
☐ Có (vui lòng điền thông tin đầy đủ vào bên dưới) ☐ Không (nếu không, hãy để trống phần này)	
TÊN:	HỌ:
TỔ CHỨC HOẶC MỐI QUAN HỆ VỚI NGƯỜI KHIẾU NẠI:	
ĐIỆN THOẠI:	EMAIL:

DEPARTMENTAL USE ONLY (CHỈ DÀNH CHO SỞ SỬ DỤNG)	
DATE RECEIVED:	CONTACT PERSON:
PHONE:	EMAIL:
ACTION TAKEN:	