

ФОРМА СКАРГИ ЩОДО ДОСТУПНОСТІ МОВНИХ ПОСЛУГ

Ви маєте право своєчасно отримати безкоштовні послуги усного перекладача й письмовий переклад інформації на потрібну вам мову. Якщо у вас виникли будь-які проблеми у зв'язку з доступністю мовних послуг, які надає Управління з питань соціального забезпечення штату Каліфорнія (CDSS), скористайтеся цією формою, щоб повідомити про них.

Поверніть цю форму за адресою: Civil Rights Bureau P.O. Box 944243, MS 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430; або надішліть її факсом на номер (916) 653-9332. У разі виникнення будь-яких запитань або занепокоєння звертайтеся до нас за номером (916) 654-2107, за безкоштовним номером 1 (866) 741-6241 або за номером оператора служби телефонного зв'язку для осіб із вадами слуху 1 (800) 735-2929.

1. ВАШІ КОНТАКТНІ ДАНІ

ІМ'Я:		ПРІЗВИЩЕ:	
АДРЕСА:			
МІСТО:		ШТАТ:	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС:
НОМЕР ДОМАШНЬОГО/МОБІЛЬНОГО ТЕЛЕФОНУ:		ЕЛЕКТРОННА ПОШТА:	

2. ДОКЛАДНІ ВІДОМОСТІ ПРО СКАРГУ ЩОДО ПОСЛУГ УСНОГО/ПИСЬМОВОГО ПЕРЕКЛАДУ

Дата інциденту: _____

CDSS/програма: _____

Адреса відділу: _____

Ви знали, що маєте право на безкоштовні послуги усного/письмового перекладу до цього інциденту? Так Ні

Інцидент стався: При особистій зустрічі У поштовому листі В електронному листі По телефону

Якою мовою вам потрібна допомога перекладача? _____

Проблеми з наданням мовних послуг:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Відсутність двомовного персоналу | <input type="checkbox"/> Відсутність форм або матеріалів будь-якою іншою мовою, окрім англійської |
| <input type="checkbox"/> Ненадання послуг усного/письмового перекладу | <input type="checkbox"/> Відсутність інформування громадськості про доступність послуг усного/письмового перекладу |
| <input type="checkbox"/> Затримка в наданні послуг усного/письмового перекладу | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |
| <input type="checkbox"/> Рівень якості послуг усного/письмового перекладу | |

Короткий опис інциденту (за потреби вкладіть додаткові сторінки з описом):

3. ДОПОМОГА ІЗ ЗАПОВНЕННЯМ ЦЬОЇ ФОРМИ

Хтось допомагав вам із заповненням цієї форми? Так (заповніть інформацію нижче) Ні (залиште поля пустими)

ІМ'Я:		ПРІЗВИЩЕ:	
ОРГАНІЗАЦІЯ:			
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ:		ЕЛЕКТРОННА ПОШТА:	

Я підтверджую, що за наявними в мене даними та за моїм власним переконанням викладена тут інформація є достовірною.

ПІДПИС:	ДАТА:
---------	-------

За запитом ця форма може бути перекладена на іншу мову.

Положення про конфіденційність

Закон про обробку інформації від 1977 року (Цивільний кодекс штату Каліфорнія, розділ 1798.1 і наступні) і Федеральний закон про право на конфіденційність від 1974 року (розділ V, Кодекс США, частина 552a і наступні) вимагають обов'язкового включення цього повідомлення в разі збирання персональних даних фізичних осіб.

Інформація, запитана в цій формі скарги щодо надання мовних послуг, підпорядковується дії Закону Дімаллі – Алаторре про надання двомовних послуг (Dymally-Alatorre Bilingual Services Act) і положенням розділу VI Закону про громадянські права від 1964 року. Надання цієї інформації є добровільним, проте неповне або неточне вказання ваших даних може призвести до того, що працівники управління не матимуть змоги зв'язатися з подавачем скарги. Ця інформація використовується лише для звернення до подавача скарги та/або для запиту додаткових відомостей.

Не заповнюйте ці поля. Розділ для працівників управління

REVIEWER:	PHONE:	DATE:
FINDINGS:		
RESOLUTION/CORRECTIVE ACTION(S):		
APPROVAL SIGNATURE BY PROGRAM MANAGER:	DATE:	

Розділ для заповнення лише працівником Комітету з громадянських прав

RECEIVED BY:	DATE:
COMMENTS:	

За запитом ця форма може бути перекладена на іншу мову.