

언어 지원 불만 제기 양식

뉴욕주의 언어 사용 정책은 특정 공공 기관들이 모든 언어로 통역 서비스를 제공하고, 뉴욕주에서 가장 많이 사용되는 영어를 제외한 12 개 이상의 언어로 중요한 문서를 번역하도록 하고 있습니다. 뉴욕시 기관의 영어 사용 서비스와 관련하여 불편함을 겪으셨다면 위에 제공된 연락처 정보를 사용하여 이 불만제기 양식을 작성한 후 제출해 주십시오. **불만제기 양식의 모든 개인 정보는 비밀이 보장됩니다.**

1. 불만제기 당사자: 이름: _____ 성: _____ 우편번호: _____

이름을 제공하고 싶지 않음. *연락처를 제공하지 않을 경우 불만사항에 대해 취해질 절차를 안내해드릴 수 없습니다.*

선호하는 언어: _____ 전화번호: _____ 이메일 주소: _____

불만제기 접수를 다른 사람이 도와주고 있습니까? 아니요 예 "예"로 답한 경우 도와주는 사람의 연락처 정보를 포함시켜 주십시오:

이름: _____ 성: _____

이메일 주소 및/또는 전화번호: _____

2. 어느 언어로 서비스를 받기를 원하십니까?

3. 어떤 문제가 있었습니까? 해당되는 상자를 모두 선택하고 아래에 설명을 해 주십시오.

통역사 서비스가 제공되지 않았다

통역사 서비스를 요청했지만 거절당했다

통역사의 실력이 좋지 않았다(통역사의 이름을 알고 있다면 아래의 섹션 5에 적어 주십시오)

통역사가 무례했거나 부적절한 발언을 했다

통역사 서비스를 너무 오래 기다렸다

내가 이해할 수 있는 언어로 양식이나 고지를 받지 못했다(필요한 문서를 아래의 섹션 5에 열거하십시오)

기타(설명) _____

4. 해당 문제는 언제 발생했습니까? 두 번 이상 발생했다면, 가장 최근의 문제가 발생한 날짜를 포함해 주십시오.

날짜(월월/일일/연연연연): _____ 시간: _____ AM PM

해당 문제는 어디에서 발생했습니까? 전화로 직접 대면 주소 기입: _____

5. 어떤 일이 발생했는지 설명해 주십시오. 구체적으로 최대한 자세하게 설명해 주십시오. 두 번 이상 발생했다면, 각 사건이 발생한 날짜/시간을 적고 상황을 설명해 주십시오. 본인이 이용하려고 했던 서비스와 문서를 모두 열거해 주십시오. 관련자의 이름, 주소, 전화번호를 포함해 주십시오. 필요하다면 페이지를 추가하고 각 페이지에 본인의 이름을 적어 주십시오.

6. 부서/기관의 직원에게 불만사항을 설명했습니까? 설명했다면 누구였는지, 그들의 반응이 어떠했는지 적어 주십시오. 구체적으로 설명해 주십시오.

인쇄체로 이름 기입: _____ 날짜 (월월/일일/연연연연): _____
(불만제기 당사자)

이곳에 기재하지 마십시오. 기관 사용란.

Date: _____ Reviewer: _____

Resolution: _____



**Corrections and
Community Supervision**

NYS Department of Corrections and Community Supervision
Cultural & Language Access Services
State Campus, Bldg. #4, 1220 Washington Avenue
Albany, New York 12226-2050
Phone: 518-402-1339 | Fax: 518-402-6350
Email: LanguageAccessComplaint@dccs.ny.gov



**Office of General Services
Office of Language Access**