

	<b>State Police</b>	<b>আপনার ভাষায় সেবা গ্রহণের সুযোগ - অভিযোগ ফর্ম</b>	<b>New York State Police</b> (নিউ ইয়র্ক স্টেট পুলিশ) <b>Professional Standards Bureau</b> (প্রফেশনাল স্ট্যান্ডার্ডস ব্যুরো) 1220 Washington Ave, Bldg. 22 Albany, NY 12226 ফ্যাক্স: (518) 485-1493 ইমেইল: <a href="mailto:iaffairs@troopers.ny.gov">iaffairs@troopers.ny.gov</a>
--	---------------------	--	--

**নির্দেশনা:**

নিউ ইয়র্ক স্টেটের নীতি হচ্ছে সরকারি সেবা এবং কর্মসূচিসমূহে ভাষার প্রতিবন্ধকতা কাটিয়ে উঠতে যুক্তিসঙ্গত পদক্ষেপ গ্রহণ করা। এই কাজটি করতে, আমাদের লক্ষ্য হলো 1) আপনার সাথে আপনার ভাষায় কথা বলা এবং 2) ইংরেজির সাথে সাথে, শীর্ষ ছয়টি সর্বাধিক ব্যবহৃত ভাষাতে গুরুত্বপূর্ণ ফর্ম এবং নথি সরবরাহ করা। এই ফর্মটি সম্পর্কে আপনার মন্তব্যসমূহ আমাদেরকে সেই লক্ষ্যে এগিয়ে নিয়ে যেতে সহায়তা করবে। সকল তথ্য গোপন রাখা হয়।

- ফর্মটি পূরণ করা সম্পন্ন করুন এবং এতে স্বাক্ষর করুন। যদি আপনি হাতে লিখে ফর্মটি পূরণ করতে চান, তবে এটি মুদ্রণ করে সম্পন্ন করুন এবং কালো কালির কলম দিয়ে এতে স্বাক্ষর করুন।
- উপরে উল্লিখিত মেইল, ফ্যাক্স নম্বর অথবা ইমেইল ঠিকানায় ফর্মটি পাঠিয়ে দিন।

**অভিযোগকারী ব্যক্তি**

নাম (নামের শেষাংশ, প্রথমাংশ এবং নামের মধ্যাংশ)		পছন্দের ভাষা	
স্টেটের ঠিকানা	সিটি	স্টেট	জিপ
মোবাইল ফোন নম্বর #	অন্য ফোনের নম্বর #	ইমেইল ঠিকানা	

**অভিযোগের ধরন**

অন্য কোন ব্যক্তি কী অভিযোগ দাখিল করতে আপনাকে সহায়তা করছে?  হ্যাঁ  না **উত্তর হ্যাঁ হলে, তার নাম উল্লেখ করুন**  
(নামের শেষাংশ, প্রথমাংশ এবং নামের মধ্যাংশ):

কী সমস্যার সম্মুখীন হয়েছিলেন? (প্রয়োজ্য সব বক্সে চেক করুন এবং/অথবা নিচে ব্যাখ্যা প্রদান করুন।)

আমাকে দোভাষীর সুবিধা প্রদান করা হয়নি।

আমাকে দোভাষীর সুবিধা প্রদান করতে অনুরোধ করেছিলাম এবং তা প্রত্যাখ্যান করা হয়েছিল।

দোভাষী (সমূহ) বা অনুবাদকের (সমূহ) দক্ষতা ভালো ছিল না। (তাদের নাম(সমূহ) জানা থাকলে তা উল্লেখ করুন।)

দোভাষী (সমূহ) অমার্জিত বা অনুপযুক্ত মন্তব্য করেছেন।

সেবা প্রদানে অনেক সময় লেগেছে। (নিচে ব্যাখ্যা প্রদান করুন।)

আমি বুঝতে পারি এমন ভাষায় আমাকে ফর্ম বা নোটিশ প্রদান করা হয়নি। (নিচে প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের তালিকা প্রদান করুন।)

আমি সেবা, কর্মসূচি বা কার্যক্রম ব্যবহার করতে অক্ষম ছিলাম। (নিচে ব্যাখ্যা প্রদান করুন।)

অন্যান্য। (নিচে ব্যাখ্যা প্রদান করুন।)

যে তারিখে সমস্যার সম্মুখীন হয়েছিলেন	যে সময়ে সমস্যার সম্মুখীন হয়েছিলেন	কোথায় সমস্যার সম্মুখীন হয়েছিলেন?
	AM    PM	

কী হয়েছিল তা বিস্তারিত বর্ণনা করুন। (অনুগ্রহ করে সুনির্দিষ্ট করে বর্ণনা করুন। প্রয়োজনে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন। প্রতিটি পৃষ্ঠায় আপনার নাম মুদ্রণ করুন। জড়িতদের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর জানা থাকলে সেগুলো অন্তর্ভুক্ত করুন। ভাষা, সেবা এবং নথিসমূহের তালিকা প্রদান করুন যেগুলো মূলত প্রয়োজনীয় ছিল তবে পরবর্তীকালে অর্জন করা হয়নি।)

নিউ ইয়র্ক স্টেট পুলিশের মধ্যে কারো কাছে কি আপনি অভিযোগ করেছেন? তার নাম এবং প্রতিক্রিয়া বর্ণনা করুন। (অনুগ্রহ করে সুনির্দিষ্ট করে বর্ণনা করুন।)

**সাক্ষ্যদান**

\* আমি ঘোষণা করছি যে উল্লিখিত বিবৃতি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সত্য।

অভিযোগকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর	তারিখ (মাস/দিন/বছর)



**State  
Police**

আপনার ভাষায় সেবা গ্রহণের সুযোগ -  
অভিযোগ ফর্ম

**New York State Police**  
**Professional Standards Bureau**  
1220 Washington Ave, Bldg. 22  
Albany, NY 12226  
ফোন: (518) 485-1493  
ইমেইল: [iaffairs@troopers.ny.gov](mailto:iaffairs@troopers.ny.gov)

**Do NOT write in this box. For office use only / এই বক্সে লিখবেন না। শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য।**

Resolution:

**Reviewer Name** (Last, First, MI)

**Date** (mm/dd/yyyy)

**Signature**