

	<h2>请使用您的语言获取服务——投诉表</h2>	<p>New York State Police Professional Standards Bureau 1220 Washington Ave, Bldg. 22 Albany, NY 12226 传真: (518) 485-1493 电子邮箱: iaffairs@troopers.ny.gov</p>
--	---------------------------	--

说明:
 纽约州的政策是通过采取合理措施克服公共服务和计划的语言障碍。为此, 我们计划实施以下举措: 1) 使用您的语言与您交谈, 2) 除英语外, 以最常用的前六种语言提供重要表格和文件。
 您对此表的反馈意见将有助于我们实现这一目标。所有信息将进行严格保密。
 • 填写表格并签字。如果手写表格, 请使用黑色墨水正楷填写表格并签名。
 • 请遵循上方指示, 将填好的表格以邮寄、传真或电子邮件的方式发送给我们。

投诉人

姓名 (姓氏、名字、中间名)		首选语言	
街道地址		市	州
			邮政编码
手机号码	其他电话号码	电子邮箱	

投诉性质

是否有他人协助您提交投诉? 是 否 如果“是”, 请列出他/她的姓名 (姓氏、名字、中间名):

投诉问题? (勾选所有适用方框, 并在下方说明。)

没有向我提供口译员。

我要求提供口译员但被拒绝。

口译员或笔译员能力不足。(如果知道相关信息, 请列出相应人员姓名)

口译员语言粗鲁或不恰当。

服务时间过长。(请在下方说明。)

未能以我能理解的语言提供表格或通知。(请在下方列出所需文件。)

我无法使用服务、计划或活动。(请在下方说明。)

其他。(请在下方说明。)

问题发生日期	问题发生时间	问题发生地点?
	上午 下午	

请描述具体经过。(请具体说明。如有必要, 请使用附加页面。每页均需使用正楷填写姓名。如果知道相关信息, 请列出涉及人员的姓名、地址和手机号码。请列出最初需要但并未获得的语言、服务和文件。)

您是否曾向任何纽约州警察局人员投诉? 请说出他/她的姓名和相关回应。(请具体说明。)

证明

* 本人谨此声明, 就本人所知所信, 本声明中提供的各项陈述和详细信息均属实无误。

投诉人签名	日期 (年月日)



请使用您的语言获取服务——投诉表

New York State Police
Professional Standards Bureau
 1220 Washington Ave, Bldg. 22
 Albany, NY 12226
 传真: (518) 485-1493
 电子邮箱: iaffairs@troopers.ny.gov

Do NOT write in this box. For office use only. / 请勿填写此方框。仅供工作人员使用。

Resolution:

Reviewer Name (Last, First, MI)

Date (mm/dd/yyyy)

Signature