



语言服务意见表

New York State Workers' Compensation Board
328 State Street - Room 228-1
Schenectady, NY 12305

LAC-1

您的名字		您的姓氏	
WCB 案件编号 (若有)	电话号码	其他电话号码	
街道地址		城市、镇或村	
州	邮政编码	电子邮件地址 (若有)	
是否有他人为您提出投诉? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是, 请提供其姓名。 名 姓			
问题的性质: <input type="checkbox"/> 未获得口译服务 <input type="checkbox"/> 口译或翻译人员不能胜任翻译工作 <input type="checkbox"/> 服务不及时 <div style="float: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 未提供重要文件的翻译 <input type="checkbox"/> 无法获得服务、计划或活动 <input type="checkbox"/> 其他: </div>			
请简要描述发生的事件。 请尽量提供具体的名称和地址。 (根据需要另附说明。)			
您和代理人是如何尝试解决问题的? (请尽量具体。)			
本人特此证明, 尽本人所知, 以上及另附的说明内容全部真实、准确。 签字 日期(月/日/年)			