

以您的语言使用服务：投诉表格

使用提交按钮在线提交，或保存并发送电子邮件至 languageaccesscoordinator@wcb.ny.gov，或将填妥的表格邮寄至：
328 State Street - Room 239-2, Schenectady, NY 12305

纽约州的政策是采取合理的步骤来克服公共服务与计划的语言障碍。
您在此表格中的评论将帮助我们实现这一目标。**所有信息均属保密。**

提出投诉者： WCB 案件号 (如有)： _____	
名： _____ 姓： _____	
街道地址： _____	
市、镇或村： _____ 州： _____ 邮政编码： _____	
首选语言： _____ 电子邮件地址 (如有)： _____	
家庭电话： _____ 其他电话： _____	
是否有其他人帮助您提交此投诉？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若回答“是”，请在下方输入其姓名： 名： _____ 姓： _____	
问题的日期和时间： 日期 (月/日/年)： _____ 时间： _____ <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	
服务提供者： _____ 代理人识别码 (如果适用)： _____	
问题发生在何处？ _____	
问题是什么？勾选所有适用选框。 <input type="checkbox"/> 没有为我提供口译员 <input type="checkbox"/> 我要求提供口译员并被拒绝 <input type="checkbox"/> 口译员或翻译员的技能不佳 <input type="checkbox"/> 口译员提出了粗鲁或不当的评论 <input type="checkbox"/> 获得口译员需要过长时间 <input type="checkbox"/> 没有用我能理解的语言为我提供表格或通知 (在下方解释) <input type="checkbox"/> 我无法使用服务、计划或活动 (在下方解释) <input type="checkbox"/> 其他 (在下方解释)	服务： <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 当面 - 美国手语 <input type="checkbox"/> 当面 - 口语 <input type="checkbox"/> 视频远程口译 <input type="checkbox"/> 笔译
描述发生了什么。 请具体说明。根据需要添加页面。在每页纸张上用正楷书写您的姓名。列出需要的语言、服务和文件。如果已知，请包括相关人士的姓名、地址和电话号码。	
您和代理机构曾尝试如何解决问题？ (请尽可能具体。)	
报告者 (提出投诉者)： _____ 日期 (月/日/年)： _____	