



# Modulo di reclamo sui servizi linguistici forniti

# LAC-1

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

NOME		COGNOME	
Numero Pratica WBC (se disponibile)	NUMERO DI TELEFONO		ALTRO NUMERO DI TELEFONO
INDIRIZZO		CITTÀ, LOCALITÀ O FRAZIONE	
STATO	CAP	INDIRIZZO E-MAIL (se disponibile)	
Un'altra persona sta presentando questo reclamo da parte Sua? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, inserire il nome.			
NOME		COGNOME	
Natura del problema:			
<input type="checkbox"/> Non sono stati forniti servizi di interpretariato		<input type="checkbox"/> I documenti principali non sono stati tradotti	
<input type="checkbox"/> Gli interpreti o i traduttori non erano competenti		<input type="checkbox"/> È stato impossibile accedere ai servizi, ai programmi o alle attività	
<input type="checkbox"/> I servizi non sono stati tempestivi		<input type="checkbox"/> Altro:	
Descrivere brevemente l'accaduto. Si prega di fornire nomi e indirizzi precisi laddove possibile. (Allegare pagine aggiuntive se necessario.)			
Quali tentativi sono stati fatti da parte Sua e dell'agenzia per cercare di risolvere il problema? (Si prega di essere il più specifici possibile.)			
Certifico che il mio reclamo riportato sopra e nelle pagine allegate corrisponde alla realtà per quanto in mia conoscenza e fede.			
FIRMA		DATA (MM/DD/AAAA)	