



언어 접근 코멘트 양식

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

| | | | |
|--|------|----------------|--|
| 귀하의 이름 | | 귀하의 성 | |
| WCB 케이스 번호 (알고 있는 경우) | 전화번호 | 다른 전화번호 | |
| 번지 | | 시, 타운 또는 빌리지 | |
| 주 | 우편번호 | 이메일 주소 (있는 경우) | |
| 타인이 귀하를 대신하여 이 진정서를 제출하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우, 그의 성명을 포함하십시오. | | | |
| 이름 | | 성 | |
| 문제의 성격: <input type="checkbox"/> 통역 서비스를 제공받지 않았습니다 <input type="checkbox"/> 통역사 또는 번역사가 유능하지 않았습니다 <input type="checkbox"/> 서비스가 제때 이루어지지 않았습니다 <input type="checkbox"/> 번역이 중요한 문서를 제공받지 않았습니다 <input type="checkbox"/> 서비스, 프로그램 또는 활동에 접근할 수 없었습니다 <input type="checkbox"/> 기타: | | | |
| 발생 사항을 요약하십시오. 가능한 경우 구체적 성명과 주소를 제공해 주십시오. (필요한 대로 추가 페이지를 첨부하십시오.) | | | |
| 귀하와 기관은 그 문제를 해결하기 위해 어떤 시도를 하였습니까? (가능한 한 구체적으로 설명하십시오.) | | | |
| 본인은 위와 첨부된 페이지에 있는 이 본인 코멘트 진술문이 본인의 최선의 지식과 신념에 따라 진실됨을 인증합니다. | | | |
| 서명 | | 일자 (월/일/년) | |