



Formularz zażalenia na brak dostępu do usług tłumaczeniowych

LAC-1

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

IMIĘ		NAZWISKO	
Nr sprawy WCB (jeżeli jest znany)		NR TELEFONU	DRUGI NR TELEFONU
ULICA		MIEJSCOWOŚĆ	
STAN	KOD POCZTOWY	ADRES E-MAIL(jeżeli jest)	
Czy inna osoba wypełnia niniejszy formularz zażalenia w Pana/Pani imieniu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak, prosimy podać imię i nazwisko tej osoby.			
IMIĘ		NAZWISKO	
Problem: <input type="checkbox"/> Nie zapewniono mi usług tłumaczeniowych <input type="checkbox"/> Tłumacze nie byli kompetentni <input type="checkbox"/> Nie zapewniono usług tłumaczeniowych na czas <input type="checkbox"/> Nie dostarczono przetłumaczonych wersji ważnych dokumentów <input type="checkbox"/> Nie miałem(-am) dostępu do usług, programów lub zajęć <input type="checkbox"/> Inne:			
Prosimy podać krótki opis zdarzenia. O ile to możliwe, prosimy podać konkretne imiona i nazwiska oraz adresy. (W razie potrzeby prosimy o dołączenie dodatkowych stron).			
W jaki sposób Pan/Pani i Komisja próbowaliście rozwiązać problem? (Prosimy o możliwie dokładny opis).			
Niniejszym potwierdzam, że moje uwagi wymienione wyżej oraz na dołączonych stronach są zgodne z prawdą i moją najlepszą wiedzą oraz przekonaniem.			
PODPIS		DATA (MM/DD/RRRR)	