



Бланк для комментариев относительно языковой доступности

LAC-1

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

ВАШЕ ИМЯ		ВАША ФАМИЛИЯ	
Номер вашего дела, заведенного Управлением по компенсациям работникам (если имеется)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС: УЛИЦА		ГОРОД ИЛИ ПОСЕЛОК	
ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (если есть)	
Помогал ли вам кто-либо составлять это заявление, или делал это за вас? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите имя этого человека.			
ИМЯ		ФАМИЛИЯ	
Суть проблемы: <input type="checkbox"/> Не были предоставлены услуги переводчика <input type="checkbox"/> Переводчики были некомпетентны <input type="checkbox"/> Услуги переводчика не были предоставлены своевременно <input type="checkbox"/> Важные документы не имели перевода <input type="checkbox"/> Не было возможности воспользоваться услугами, программами или функциями <input type="checkbox"/> Иное:			
Кратко опишите сложившуюся ситуацию. Там, где это возможно, укажите имена людей и адреса. (Используйте дополнительные чистые листы, при необходимости).			
Какие меры были приняты вами и агентством для решения этой проблемы? (Изложите все предельно подробно).			
<i>Я подтверждаю, что изложенные мною выше и на прикрепленных листах комментарии достоверны в меру моих знаний и убеждений.</i>			
ПОДПИСЬ		Дата (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)	