



New York State
Council on the Arts

300 Park Avenue South, 10th Floor
New York, NY 10010

Accesso ai servizi nella propria lingua: modulo di reclamo

Lo Stato di New York persegue la politica di prendere misure ragionevoli per superare le barriere linguistiche nei servizi e nei programmi pubblici. Per ottenere tale risultato, il nostro obiettivo è: 1) parlare con le persone nella loro lingua 2) fornire moduli e documenti anagrafici nelle principali sei lingue più utilizzate, oltre all'inglese.

I commenti espressi in questo modulo ci saranno utili a raggiungere tale obiettivo. **Tutte le informazioni sono riservate.**

Scrivere stampatello o a macchina e firmare il modulo con inchiostro nero. Quindi inviare il modulo per posta, fax o e-mail ai recapiti sopra indicati.

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| Persona che effettua il reclamo: | | N. ID reclamante (se disponibile): | |
| Nome: | Cognome: | | |
| Indirizzo (via/piazza): | | | |
| Città, comune o paese: fiscale: | Stato: | | Codice |
| Lingua preferita: | Indirizzo e-mail (se disponibile): | | |
| Telefono di casa: () | Altro telefono: () | | |
| Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", inserire il suo: | | | |
| Nome: | Cognome: | | |
| Qual è stato il problema? Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito. | | | |
| <input type="checkbox"/> Non mi è stato offerto un interprete | | | |
| <input type="checkbox"/> Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato | | | |
| <input type="checkbox"/> Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicare i nomi, se noti) | | | |
| <input type="checkbox"/> L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati | | | |
| <input type="checkbox"/> I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito) | | | |
| <input type="checkbox"/> Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari) | | | |
| <input type="checkbox"/> Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito) | | | |
| <input type="checkbox"/> Altro (spiegare di seguito) | | | |

Quando è avvenuto il problema? Data (MM/GG/AAAA):

Ora:

matt.

pom.

Dove è avvenuto il problema?

Descrivere cosa è avvenuto. Spiegare dettagliatamente. Se occorre, utilizzare altre pagine. Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome su ciascun foglio. Indicare la lingua, i servizi e i documenti necessari. Indicare anche i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte, se noti.

Il reclamo è stato espresso a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? Chi? E qual è stata la risposta? Spiegare dettagliatamente.

Attesto che la presente dichiarazione è vera in base alle mie conoscenze e convinzioni.

Firma: _____ **Data** (MM/GG/AAAA):

(Persona che effettua il reclamo)

Do not write in this box. For office use only / Non scrivere in questa casella Riservata all'ufficio

Date: _____

Reviewer: _____

Resolution: