NYS Dept of Health Language Access Coordinator
ESP, Corning Tower Rm 957 Albany, NY 12237
Email: DOHLanguageAccess@health.ny.gov Fax: 518-474-4695

استمارة شكوى إتاحة الوصول إلى اللغة

إن سياسة إتاحة الوصول إلى اللغة في ولاية نيويورك تستلزم من بعض الوكالات التي تتعامل مع الجمهور تقديم خدمات الترجمة الفورية بأي لغة وترجمة المستندات المهمة إلى ما يقل عن لغات الأكثر شيوعاً غير الإنجليزية في الولاية. إذا كانت لديك شكوى مع خدمات الوصول إلى اللغة المقدمة من قبل وكالتنا، فيمكنك إكمال الاستمارة الشكوى هذه وإرسالها باستخدام معلومات الاتصال الواردة أعلاه. **كل المعلومات الواردة في الشكوى الخاصة بك ستبقى سرية.**

---

1. **الشكوى** الاسم الأول: ____________ الاسم الأخير: ____________ الرمز البريدي: ____________

☐ أفضل عدم إعطاء اسمي. *يرجى الملاحظة، أنك إذا لم تعطي أي معلومات للاتصال فإننا لن نستطيع إعلامك بالخطوات التي سنتخذها لمعالجة الشكوى الخاصة بك.* اللغة/اللغات المفضلة: ____________ رقم الهاتف: ____________ عنوان البريد الإلكتروني: ____________

____

هل يساعدك شخص آخر في تقديم هذه الشكوى؟ ☐ لا ☐ نعم إذا كانت الإجابة "نعم"، فقم بإدراج معلومات الاتصال الخاصة بهم:
الاسم الأول: ____________ الاسم الأخير: ____________
عنوان البريد الإلكتروني و / أو رقم الهاتف: ____________

---

2. **ما هي اللغة/ اللغات التي احتجت إلى الخدمات بها؟**

____

---

3. **ما ذا كانت المشكلة؟** ضع علامة في المربعات التي تنطبق واشرح أدناه.

☐ لم يعرض علي مترجم فوري
☐ طلبت مترجم فوري وتم الرفض
☐ مهارات المترجم الفوري لم تكن جيدة (أدرج اسمه في القسم 5 أدناه، إذا كان معروفاً)
☐ قام المترجم الفوري بإدلاء تعليقات وقحة أو غير لائقة
☐ لقد انتظرت وقتاً طويلاً للحصول على مترجم فوري
☐ لم يتم إعطائي استمارات أو إشعارات بلغة استطيع فهمها (أدرج المستندات المطلوبة في القسم 5 أدناه)
☐ أخرى (اشرح)

____

---

4. **متى حدثت هذه الواقعة؟** إذا حدثت هذه الواقعة أكثر من مرة، أذكر تاريخ حدوث الواقعة الأقرب.

التاريخ (الشهر / اليوم / السنة ____________ الوقت: ____________ ☐ صباحاً ☐ مساءً

أين حدثت هذه الواقعة؟ ☐ عبر الهاتف ☐ شخصياً أذكر العنوان: ____________

---

5. **صف ما حدث.** كن محدداً وقدم أكبر قدر ممكن من التفاصيل. إذا حدثت الواقعة أكثر من مرة، أدرج تاريخ/وقت حدوث الواقعة لكل واقعة وصفها. أدرج أي خدمات أو مستندات كنت تحاول الوصول إليها. قم بإدراج الأسماء والعناوين، وأرقام الهواتف، الأشخاص المعنيين، إذا كانت معروفة. استخدم صفحات إضافية حسب الحاجة واكتب اسمك على كل ورقة.

---

6. **هل قمت بتقديم شكوى إلى أي أحد من القسم/ الوكالة؟** إذا كانت الإجابة نعم، إدرج اسم من تحدثت معه وما ذا كانت إجابته. من فضلك كن دقيقاً.

الاسم بخط واضح: ____________ **التاريخ** (الشهر/اليوم/السنة):
(اسم مقدم الشكوى)

التكتب في هذا المربع. للاستخدام الرسمي فقط.

Date:_______ Reviewer:____________
Resolution____________: