



## 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.

|  |                                    |                                    |  |
|--|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <b>Persona che effettua il reclamo:</b>  |                                    | N. ID reclamante (se disponibile): |  |
| Nome:  | Cognome:                           |                                    |  |
| Indirizzo (via/piazza):  |                                    |                                    |  |
| Città, comune o paese:   |                                    | Stato:                             | Codice fiscale:  |
| Lingua preferita:  | Indirizzo e-mail (se disponibile): |                                    |  |
| Telefono di casa:  |                                    | Altro telefono:                    |  |
| <b>Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo?</b> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", inserire il suo:   |                                    |                                    |  |
| Nome:  |                                    | Cognome:                           |  |
| <b>Qual è stato il problema?</b> 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)   |                                    |                                    |  |
| <b>Quando è avvenuto il problema?</b> Data (MM/GG/AAAA):   |                                    | Ora:                               | matt. <input type="checkbox"/> pom. <input type="checkbox"/> |
| <b>Dove è avvenuto il problema?</b>  |                                    |                                    |  |
| <b>Descrivere cosa è avvenuto.</b> 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. |                                    |                                    |  |
| <b>Il reclamo è stato espresso a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? Chi? E qual è stata la risposta?</b> Spiegare dettagliatamente.   |                                    |                                    |  |
| <b>Attesto che la presente dichiarazione è vera in base alle mie conoscenze e convinzioni.</b>   |                                    |                                    |  |
| <b>Firma:</b> _____  |                                    | <b>Data</b> (MM/GG/AAAA): _____    |  |
| (Persona che effettua il reclamo)  |                                    |                                    |  |
| <b>Do not write in this box. For office use only / Non scrivere in questa casella Riservata all'ufficio</b>  |                                    |                                    |  |
| Date: _____  |                                    | Reviewer: _____                    |  |
| Resolution: _____  |                                    |                                    |  |