English,

New York State’s policy is to provide language access to public services and programs. If you feel that we have not provided you with adequate interpretation services or have denied you an available translated document, please ask for our complaint form to give us your feedback.

Other Language Translations:

Spanish,

La política del Estado de Nueva York incluye proveer servicios lingüísticos en la prestación de servicios y programas públicos. Si usted cree que no se le ha brindado un servicio adecuado de interpretación o que se le ha negado un documento disponible en versión traducida, por favor solicite un formulario de queja y háganos saber su experiencia.

Chinese,

紐約州政策要求提供公共服務和計畫的語言協助。如認為我們未為您提供充分的口譯服務，或拒絕為您提供現有可用翻譯文件，請索取投訴表，向我們表達反饋意見。

Russian,

Руководящим принципом администрации штата Нью-Йорк является предоставление услуг языкового доступа к общественным службам и программам. Если вам кажется, что вам не предоставили надлежащие переводческие услуги или что вам отказали в доступе к тому или иному переведенному документу, попросите, пожалуйста, бланк жалобы и поделитесь с нами своим мнением об этом.

Italian,

La politica di Stato di New York offre assistenza linguistica nei servizi e programmi pubblici. Se si ritiene di non avere ricevuto un servizio di interpretariato adeguato o se è stata rifiutata la traduzione di un documento, è possibile richiedere il nostro modulo di reclamo per comunicare il proprio feedback.

Haitian Creole,

Règleman Eta New York se pou bay aksè nan lang nan sèvis ak pwogram piblik yo. Si ou panse nou pa t ba ou sèvis entèpretasyon konvnab oswa si nou te ba ou refi pou yon dokiman tradui ki disponib, tanpri mande fòm plent nou an pou ban nou remak ou.

Korean,

뉴욕주의 정책은 공공서비스와 프로그램들을 접근하는 언어를 제공하는 것 입니다. 만일 여러분께서 우리가 적절한 통역서비스 제공하지 않았거나 유효한 번역서류를 거부했다고 생각되시면, 귀하의 피드백을 주실 불만신고 양식을 요청하시기 바랍니다.

New York State Office of Parks, Recreation & Historic Preservation
Albany, NY 12238
Phone: 518-486-1868 Fax: 518-486-7378
E-mail: LAC@parks.ny.gov

Access to Services in Your Language: Complaint Form

New York State's policy is to take reasonable steps to overcome language barriers to public services and programs. To do this, our goal is to: 1) Talk to you in your language and 2) Provide vital forms and documents in the top six, most frequently used languages, in addition to English.
Your comments on this form will help us towards that goal. **All information is confidential**.

Please print, and sign the form with black ink. Then send it by mail, fax, or email written above.

Person making the complaint: Claimant ID # (if available): _____
First name: _____ Last name: _____
Street address: _____
City, Town or Village: _____ State: _____ Zip code: _____
Preferred language: _____ E-mail address (if available): _____
Home phone: _____ Other phone: _____

Is someone else helping you file this complaint? Yes No If 'Yes', include their:
First name: _____ Last name: _____

What was the problem? Check all the boxes that apply and explain below.

- I was not offered an interpreter
- I asked for an interpreter and was denied
- The interpreter(s) or translator(s) skills were not good (List their names, if known)
- The interpreter(s) made rude or inappropriate comments
- The services took too long (Explain below)
- I was not given forms or notices in a language I can understand (List documents needed below)
- I was unable to use services, programs or activities (Explain below)
- Other (Explain below)

When did problem happen? Date (MM/DD/YYYY): _____ Time: _____ AM PM

Where did problem happen? _____

Describe what happened. Please be specific. Use additional pages as needed. Print your name on each sheet. List language, services and documents needed. Include names, addresses and phone numbers of people involved, if known.

Did you complain to anyone from the Department/Agency? Who and what was the response? Please be specific.

I certify that this statement is true to the best of my knowledge and belief.

Signature: _____ **Date** (MM/DD/YYYY): _____
(Person making the complaint)

Do not write in this box. For office use only

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:

New York State Office of Parks, Recreation and Historic Preservation
Albany, NY 12238
Teléfono: 518-486-1868 Fax: 518-486-7378
Correo electrónico: LAC@parks.ny.gov

Acceso a los Servicios en su Idioma: Formulario de Reclamo

La política del Estado de Nueva York es tomar medidas razonables para superar las barreras del idioma en los servicios y programas públicos. Para hacer esto, nuestra meta es: 1) Hablar con usted en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos vitales en los seis idiomas más importantes, más frecuentemente hablados, además del inglés.

Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a llegar a esa meta. **Toda la información es confidencial**. Por favor escriba en letra de molde y con tinta negra en el formulario. Luego, envíelo por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección indicada más arriba.

Persona que realiza el reclamo: Identificación del reclamante # (si está disponible):

Primer Nombre : Apellido:

Calle:

Ciudad, pueblo o aldea: Estado: Código postal:

Idioma preferido: Dirección de correo electrónico (si está disponible):

Teléfono de la casa: ( ) Otro teléfono: ( )

¿Alguien más lo está ayudando a presentar este reclamo? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es 'Sí', incluya su:

Primer Nombre : Apellido:

¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan y explique más abajo.

- ☐ No se me ofreció el servicio de un intérprete
- ☐ Pedí el servicio de un intérprete y me fue negado
- ☐ Las habilidades del (los) intérprete(s) o traductor(es) no eran buenas. (Indique sus nombres, si los conoce)
- ☐ El (los) intérprete(s) hizo (hicieron) comentarios descorteses o inapropiados
- ☐ Los servicios demoraron demasiado. (Explique más abajo)
- ☐ No se me entregaron formularios o avisos en un idioma que puedo entender (Indique los documentos necesarios más abajo)
- ☐ No pude utilizar los servicios, programas o actividades (Explique más abajo)
- ☐ Otro. (Explique más abajo)

¿Cuándo ocurrió el problema? Fecha (DD/MM/AAAA): Hora: ☐ a.m. ☐ p.m.

¿Dónde ocurrió el problema?

Describa lo que ocurrió. Por favor sea específico. Utilice las páginas adicionales que necesite. Escriba su nombre en letra de molde en cada hoja. Indique el idioma, los servicios y documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si las conoce.

¿Se quejó con alguien más del Departamento/Agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta? Por favor sea específico.

Certifico que esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma: _____ **Fecha** (DD/MM/AAAA):

(Persona que realiza el reclamo).

Do not write in this box. For office use only / No escriba en esta casilla. Únicamente para uso de la oficina.

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:

New York State Office of Parks, Recreation and Historic Preservation
Albany, NY 12238
Tel.: 518-486-1868 Fax: 518-486-7378
Email: LAC@parks.ny.gov

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: Stato: Codice fiscale:
Lingua preferita: Indirizzo e-mail (se disponibile):
Telefono di casa: ( ) Altro telefono: ( )

Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo? Sì ☐ No ☐ Se "Sì", inserire il suo:
Nome: Cognome:

Qual è stato il problema? Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito.

- ☐ Non mi è stato offerto un interprete
- ☐ Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato
- ☐ Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicarne i nomi, se noti)
- ☐ L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati
- ☐ I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)
- ☐ Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari)
- ☐ Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito)
- ☐ 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:

New York State Office of Parks, Recreation & Historic Preservation
Albany, NY 12238
Telefòn: 518-486-1868 Faks: 518-486-7378
Imèl: LAC@parks.ny.gov

Aksè nan Sèvis nan Lang Ou: Fòm pou Fè Plent

Règleman Eta New York se pou fè etap rezonab pou metrize baryè lang pou sèvis ak pwogram piblik yo. Pou fè sa, objektif nou se pou: 1) Pale avèk ou nan lang ou epi 2) Ba ou fòm ak dokiman enpòtan pami sis (6) premye yo, pi souvan lang yo itilize, anplis lang Angle.
Kòmantè ou sou fòm sa a ap ede nou reyalize objektif sa a. **Tout enfòmasyon yo rete an sekrè**.

Tanpri ekri an lèt detache, epi siyen fòm nan avèk lank nwa. Answit, voye li pa lapòs, nan faks, oswa nan imèl ki ekri anwo a.

Moun k ap fè plent lan: # ID Moun ki Fè Plent lan (si li gen youn):
Prenon: Non fanmi:
Adrès ri:
Gran Vil, Ti Vil oswa Vilaj: Eta: Kòd postal:
Langaj ou pito: Imèl (sou genyen):
Nimewo Telefòn Kay: ( ) Lòt telefòn: ( )

Èske yon lòt moun ede ou fè plent sa a? Wi ☐ Non ☐ Si se 'Wi', mete:
Prenon li: Non fanmi li:

Kite pwoblèm ki te genyen? Koche tout kaz ki aplike yo, epi bay eksplikasyon anba la a.

- ☐ Yo pa t ban mwen yon entèprèt
- ☐ Mwen te mande yon entèprèt epi yo te refize ban mwen youn
- ☐ Konpetans entèprèt la (yo) oswa tradiktè a (yo) pa t bon (Bay non yo, si ou konnen yo)
- ☐ Entèprèt la (yo) te fè kòmantè gwosye oswa ki pa t apwopriye
- ☐ Sèvis yo te pran twòp tan (Eksplike anba la a)
- ☐ Yo pa t ban mwen fòm oswa avi nan yon lang mwen kapab konprann (bay dokiman ki nesesè yo anba la a)
- ☐ Mwen pa t kapab itilize sèvis, pwogram oswa aktivite yo (Eksplike anba la a)
- ☐ Lòt (Eksplike anba la)

Kilè te gen pwoblèm nan? Dat (MWA/JOU/ANE): Lè: ☐ AM ☐ PM

Ki kote ki te gen pwoblèm nan?

Dekri sa ki te pase a. Tanpri pa ekri twòp bagay. Itilize paj siplemantè si li nesesè. Ekri non ou an lèt detache sou chak fèy. Bay lang, sèvis ak dokiman ki nesesè yo. Mete non, adrès ak nimewo telefòn moun ki konsène yo, si ou konnen yo.

Èske ou te pote plent ba nenpòt moun nan Depatman/Ajans lan? Kimoun ak ki repons ou te jwenn? Tanpri pa ekri twòp bagay.

Mwen konfime deklarasyon sa a vrè dapre tout sa mwen konnen ak kwè.

Siyati: _____ **Dat** (MWA/JOU/ANE):
(Moun k ap fè plent lan)

Do not write in this box. For office use only / Pa ekri anyen nan kaz sa a. Pou biwo a itilize sèlman

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:

New York State Office of Parks, Recreation & Historic Preservation
625 Broadway Albany, NY 12238
Тел.: 518-486-1868 Факс: 518-486-7378
E-mail: LAC@parks.ny.gov

Доступ к службам на родном языке – бланк жалобы

Руководящим принципом органов управления штата Нью-Йорк является принятие разумных мер по преодолению языковых барьеров при пользовании общественными службами и программами. Для того чтобы следовать этому принципу, нам необходимо: 1) говорить с Вами на Вашем языке и 2) предоставлять (в дополнение к английскому) важные бланки и документы на шести основных, наиболее часто используемых языках. Ваши замечания на этом бланке помогут нам в достижении этой цели. **Вся представленная здесь информация является конфиденциальной.**
Заполняйте бланк печатными буквами и подпишите его чёрными чернилами, затем отправьте по почте, факсом или электронной почтой по указанному выше адресу.

Лицо, подающее жалобу: Идентификационный номер подающего жалобу (если имеется):
Имя: Фамилия:
Номер дома и улица:
Город, посёлок городского типа или деревня: Штат: Почтовый индекс:
Предпочитаемый язык: Адрес электронной почты (если имеется):
Домашний телефон: ( ) Другой номер телефона: ( )

Помогает ли Вам кто-нибудь подать эту жалобу? Да ☐ Нет ☐ Если «да», укажите:
Имя: Фамилия:

В чём заключалась проблема? Отметьте все соответствующие клетки и поясните ниже.

- ☐ Мне не предложили переводчика.
- ☐ Я попросил переводчика, но мне в этом отказали.
- ☐ Квалификация устного или письменного переводчика (переводчиков) была неудовлетворительной (укажите их имена, если известны).
- ☐ Переводчик (переводчики) сделал грубые или неуместные замечания.
- ☐ Обслуживание отняло слишком много времени (поясните ниже).
- ☐ Мне не предоставили бланки или уведомления на языке, который я понимаю (укажите ниже, какие именно документы были нужны).
- ☐ Я не смог(ла) воспользоваться службами, программами или принять участие в мероприятиях (поясните ниже).
- ☐ Прочее (поясните ниже).

Когда возникла проблема? Дата (мм/дд/гггг): Время: ☐ AM ☐ PM
Где возникла проблема?
Опишите, что произошло. Сообщите подробности. Приложите дополнительные листы бумаги, если необходимо. На каждом листе напишите печатными буквами своё имя. Укажите соотв. язык, услуги и необходимые документы. Укажите имена, фамилии, адреса и номера телефонов причастных лиц, если они Вам известны.

Жаловались ли Вы сотруднику Департамента (агентства)? Кому именно и какой была реакция? Опишите подробно.

Настоящим удостоверяю, что, по имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению, данное заявление является правдивым.

Подпись: _____ **Дата** (мм/дд/гггг):
(Лицо, подающее жалобу)

Do not write in this box. For office use only / Не пишите в этой графе. Только для служебных пометок.
Date:_____ Reviewer:_____
Resolution:

New York State Office of Parks, Recreation & Historic Preservation
625 Broadway
Albany, NY 12238
전화번호: 518-486-1868 팩스번호: 518-486-7378
이메일: LAC@parks.ny.gov

귀하 언어로 서비스 이용: 불만 신고 양식

뉴욕주의 정책은 대중 서비스 및 프로그램을 이용하는 데 언어 장벽을 극복하는 합리적인 단계를 취하는 것입니다. 이를 위한 저희들의 목표는 다음과 같습니다 : 1) 귀하의 언어로 귀하와 이야기하기 그리고 2) 필수 양식 및 문서를 영어 및 가장 자주 사용되는 6개국 언어로 제공하기.
이 양식에 대한 귀하의 의견은 저희들이 이 목표를 달성하게 도와줄 것입니다. **모든 정보는 기밀입니다**.

프린트하여 검정색 펜으로 양식에 사인하십시오. 그리고나서, 이를 위에 명기된 우편, 팩스 및 이메일로 보내십시오.

불만 신고자: 청구인 아이디 번호 (가능한 경우):
이름: 성:
거리 주소:
도시, 타운 또는 빌리지: 주: 우편번호:
선호하는 언어: 이메일 주소 (가능한 경우):
집 전화번호: ( ) 기타 전화번호: ( )

이 불만 신고를 제출하는 데 도와주신 분이 계십니까? 예 ☐ 아니오 ☐ '예'인 경우, 그들의 정보를 적어주세요:
이름: 성:

문제가 무엇입니까? 해당하는 모든 박스에 체크하고 그 아래 설명하세요

- ☐ 저에게 통역사가 필요한지 묻지 않았습니다
- ☐ 통역사를 요청했지만, 거절 당했습니다
- ☐ 통역사(들) 또는 번역가(들)가 번역을 제대로 하지 못했습니다 (알고 계신다면, 이름을 명기해 주십시오)
- ☐ 통역가(들)이 무례하거나 부적절한 의견을 말했습니다
- ☐ 서비스하는 데 시간이 오래 걸렸습니다 (아래 설명해 주세요)
- ☐ 제가 이해할 수 있는 언어로 양식이나 통지가 제공되지 않았습니다 (아래 필요한 문서를 기재하세요)
- ☐ 저는 서비스, 프로그램 또는 활동을 이용할 수 없었습니다 (아래 설명해 주세요)
- ☐ 기타 (아래 설명해 주세요)

문제가 언제 발생했습니까? 날짜 (MM/DD/YYYY): 시간: ☐오전 ☐오후

문제가 어디서 발생했습니까?

무슨 일이 일어났는지 설명해 주세요. 구체적으로 설명해 주세요. 필요하면 페이지를 추가하셔도 됩니다. 각 종이에 이름을 기재하세요.필요한 언어, 서비스 및 문서를 기재하세요. 알고 계신 경우, 관련된 분의 이름, 주소 및 전화번호도 기재하세요.

해당 부서 직원에게 항의하셨습니까? 누구에게 항의하였으며, 그 직원이 어떻게 대처했습니까? 구체적으로 말씀해 주세요.

저는 이 진술이 제가 알고 믿는 한 사실임을 증명합니다.

서명: _____ **날짜** (MM/DD/YYYY):
(불만 신고자)

Do not write in this box. For office use only / 이 상자 안에 작성하지 마세요. 담당자용

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:

New York State Office of Parks, Recreation and Historic Preservation
Albany, NY 12238
電話: 518-486-1868　傳真: 518-474-4492
電子郵件: LAC@parks.ny.gov

以您的語言享受服務：投訴表

紐約州的政策是逐步負責任地克服涉及公共服務和程序的語言障礙。為此，我們的目標是：1)使用您的語言與您交流 2)以除英語之外，最為常用的六種語言提供關鍵的表格與文件。
您於該表格上的意見將會幫助我們實現該目標。**所有資訊均保密**。

請使用黑色墨水列印和簽署表格。然後透過上方的郵寄、傳真或電子郵件地址傳送。

投訴人：原告 ID 號（如適用）：
名字：　姓氏：
街道地址：
市、鎮或村：　州：　郵遞區號：
偏好語言：　電子郵件地址（如適用）：
家庭電話：　其他電話：

是否有其他人幫助您提出該投訴？　是☐　否☐　如「是」，請提供其：
名字：　姓氏：

發生了什麼問題？　勾選所有適用的方塊並於下方做出解釋。

☐未為我提供口譯員
☐我要求提供口譯員但遭拒絕
☐口譯員或筆譯員的能力不佳（如知道其姓名，請列示）
☐口譯員言語粗魯或不恰當
☐服務時間過長（請於下方做出解釋）
☐未以我懂得的語言提供表格或通知（請於下方列示所需的文件）
☐我無法使用服務、程序或活動（請於下方做出解釋）
☐其他（請於下方做出解釋）

問題發生在何時？　日期（月/日/年）：　時間：　上午☐　下午☐
問題發生在何處？
描述發生的經過。請具體說明。必要時使用附加頁。在每頁上列印您的姓名。列示所需的語言、服務和文件。包括所涉人員的姓名、地址和電話號碼（如知道）。

您是否投訴過任何部門/機關人員？何人及做出了何種反應？請具體說明。

特此證明：儘本人所知及所信，該聲明真實無誤。

簽名：_____ **日期**（月/日/年）：
（投訴人）

Do not write in this box. For office use only / 不要填寫該方塊。僅供工作人員填寫

Date:_____　Reviewer:_____

Resolution: