

## 나의 언어로 서비스 이용: 불만 제기서 양식

제출 버튼을 이용해 온라인으로 전송 또는 저장 후 [languageaccesscoordinator@wcb.ny.gov](mailto:languageaccesscoordinator@wcb.ny.gov)로 이메일 전송, 또는 작성된 양식을 다음 주소로 우편 발송해주시기 바랍니다: 328 State Street - Room 239-2, Schenectady, NY 12305

뉴욕주의 정책은 공공 서비스와 프로그램에 대한 언어 장벽을 극복하기 위한 합리적인 조치를 하는 것입니다. 이 양식에 관한 귀하의 의견은 저희가 이런 목표를 달성하는 데 도움이 됩니다. 모든 정보는 기밀입니다.

<b>불만 제기자</b> <span style="float: right;">WCB 케이스 번호 (가능한 경우): _____</span>	
이름: _____ 성: _____	
거리 주소: _____	
도시, 타운 또는 마을: _____ 주: _____ 우편번호: _____	
선호 언어: _____ 이메일 주소 (가능한 경우): _____	
자택 전화: _____ 기타 전화: _____	
다른 사람이 이 불만 제기를 돕고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 ‘예’ 인 경우 아래 이름을 기재해 주십시오. 이름: _____ 성: _____	
문제 발생 날짜 및 시간: 날짜(일/월/년): _____ 시간: _____ <input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 서비스 제공자: _____ 직원 식별 코드 (가능한 경우): _____	
문제가 어디에서 발생했습니까? _____	
<b>어떤 문제가 있었습니까? 해당하는 모든 상자에 체크하십시오.</b> <input type="checkbox"/> 통역사가 제공되지 않았습니다 <input type="checkbox"/> 통역사를 요청했지만 거부되었습니다 <input type="checkbox"/> 통역사나 번역사의 능력이 좋지 않았습니다 <input type="checkbox"/> 통역사가 무례하거나 부적절한 발언을 했습니다 <input type="checkbox"/> 통역사를 구하는 데 너무 긴 시간이 소요되었습니다 <input type="checkbox"/> 이해할 수 있는 언어로 된 양식이나 안내를 받지 못했습니다 (아래에 설명) <input type="checkbox"/> 서비스, 프로그램 또는 활동을 이용할 수 없었습니다 (아래에 설명) <input type="checkbox"/> 기타(아래에 설명)	<b>서비스:</b> <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 직접 대면 - 영어 수화(American Sign Language) <input type="checkbox"/> 직접 대면 - 구어(Spoken) <input type="checkbox"/> 비디오 중계 통역 <input type="checkbox"/> 서면 번역
<b>있었던 일을 묘사해주시십시오.</b> 자세히 말씀해주시기 바랍니다. 필요한 경우 추가 페이지를 사용하십시오. 각 페이지에 성명을 기재하십시오. 필요한 언어, 서비스, 문서를 나열하십시오. 관여한 사람의 성명, 주소, 전화번호를 아는 경우 기재해주시십시오.	
귀하와 회사는 문제를 해결하기 위해 어떤 시도를 하였습니다습니까? (가능한 한 자세히 말씀해주시십시오.)	
불만 제기자(불만을 제기하는 사람): _____ 날짜(일/월/년): _____	