



New York State Office of Victim Services
(Ufficio di assistenza alle vittime dello Stato di New York)
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, New York, NY 12210-8002
Numero di telefono: 1-800-247-8035 Fax: 518-457-8658
E-mail: ovsinfo@ovs.ny.gov

Accesso ai servizi nella lingua dell'utente: modulo di reclamo

Lo Stato di New York si impegna ad adottare le misure ragionevolmente necessarie a superare gli ostacoli linguistici che impediscono l'accesso a servizi e programmi pubblici. A questo scopo, ci proponiamo di: 1) Parlare all'utente nella sua lingua e 2) Mettere a disposizione i documenti e i moduli essenziali nelle sei lingue più utilizzate oltre alla lingua inglese.

I commenti indicati in questo modulo contribuiranno al raggiungimento di questi obiettivi. **Tutte le informazioni resteranno riservate.**

Scrivere in stampatello e firmare il modulo con inchiostro nero. Inviarlo quindi per posta, via fax o e-mail ai recapiti sopra indicati.

Persona che presenta il reclamo:		N° identificativo del richiedente (se disponibile): _____	
Nome: _____		Cognome: _____	
Via e numero civico: _____			
Città, paese o frazione: _____		Stato: _____	CAP: _____
Lingua preferita: _____		Indirizzo e-mail (se disponibile): _____	
Numero di telefono (abitazione): _____		Altro numero di telefono: _____	
Un'altra persona la sta aiutando a compilare il modulo?		Sì	No
Nome: _____		Se "Sì", indicarne: _____	
Qual è il problema?		Selezionare una o più risposte e spiegare in basso.	
<input type="checkbox"/> Non mi è stato offerto un interprete			
<input type="checkbox"/> Ho chiesto un interprete ma la mia richiesta è stata respinta			
<input type="checkbox"/> La competenza degli interpreti o traduttori era insufficiente (elencarne i nomi, se ne è a conoscenza)			
<input type="checkbox"/> Gli interpreti hanno fatto commenti volgari o fuori luogo			
<input type="checkbox"/> Il tempo necessario per ricevere i servizi è stato eccessivo (spiegare in basso)			
<input type="checkbox"/> Non mi sono stati consegnati moduli o avvisi in una lingua che sono in grado di comprendere (elencare in basso i documenti necessari)			
<input type="checkbox"/> Non sono stato in grado di utilizzare servizi, programmi o attività (spiegare in basso)			
<input type="checkbox"/> Altro (spiegare in basso)			
Quando ha avuto luogo il problema?		Data (MM/GG/AAAA): _____ Ora: _____ Mattina Pomeriggio	
Dove ha avuto luogo il problema?		_____	
Descrizione dell'accaduto. Cercare di essere quanto più precisi possibile. Continuare a scrivere su altri fogli se necessario. Scrivere il proprio nome in stampatello su ciascun foglio. Elencare lingua, servizi e documenti richiesti. Indicare nome, indirizzo e numero di telefono delle persone interessate, se ne è a conoscenza.			
Ha presentato reclamo presso un dipendente del Dipartimento o Agenzia? A chi si è rivolto? Che risposta ha avuto? Cercare di essere quanto più precisi possibile.			
Confermo che questa dichiarazione è veritiera sulla base delle mie conoscenze e convinzioni.			
Firma: _____		Data (MM/GG/AAAA): _____	
(Persona che presenta il reclamo)			
Non scrivere in questa casella. Riservato all'ufficio / Do not write in this box. For office use only.			
Date: _____		Reviewer: _____	
Resolution: _____			