



New York State Office of Children and Family Services
Special Investigations Unit
52 Washington St. West Bldg.151A, Rensselaer, NY 12144
518-474-9478 info@ocfs.ny.gov

Accessibilità linguistica - Modulo di reclamo

La politica in materia di accessibilità linguistica dello Stato di New York richiede di appoggiarci ad agenzie che s'interfaccino con gli utenti per offrire servizi di interpretariato nelle diverse lingue e per la traduzione di documenti importanti almeno nelle prime dieci lingue - inglese a parte - più diffuse nello Stato. In caso di problemi con i servizi linguistici dell'agenzia di riferimento, è possibile completare e inviare il presente modulo di reclamo utilizzando le informazioni di contatto riportate qui sopra. Tutte le informazioni personali contenute nel reclamo saranno trattate con riservatezza.

1. Titolare del reclamo: Nome: _____ Cognome: _____ Codice postale: _____
[] Preferisco non indicare il mio nome. Si ricorda che, in assenza di informazioni di contatto, non avremo la possibilità di informare l'interessato riguardo alle misure adottate per rispondere al reclamo. Lingue preferite: _____
Numero di telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____
La sta aiutando qualcun altro a presentare questo reclamo?
[] No [] Sì In caso di risposta affermativa inserire le informazioni di contatto:
Nome: _____ Cognome: _____
Indirizzo e-mail e/o numero di telefono: _____
2. A quali lingue si riferiscono i servizi da lei richiesti?

3. Che problema ha avuto? Selezionare tutte le caselle pertinenti e spiegare qui di seguito.
[] Non mi è stato proposto un interprete
[] Ho chiesto un interprete ma ho ricevuto risposta negativa
[] L'interprete non era molto competente (se noto, indicare il nome dell'interprete nella sezione 5 più avanti)
[] L'interprete ha fatto commenti grossolani o inappropriati
[] Ho aspettato l'interprete troppo a lungo
[] Non mi sono stati dati moduli o indicazioni in una lingua a me comprensibile (indicare i documenti richiesti nella sezione 5)
[] Altro (spiegare) _____
4. Quando si è verificato l'episodio? Se si è verificato più volte, indicare la data dell'episodio più recente.
Data (MM/GG/AAAA): _____ Ora: _____ [] AM [] PM
Dove si è verificato l'episodio? [] Al telefono [] Di persona Indicare l'indirizzo: _____
5. Descrivere che cosa è accaduto. Si invita ad essere specifici e a riportare il maggior numero possibile di particolari.
Se l'episodio si è verificato più volte, indicare la data/ora delle singole situazioni e descrivere i singoli episodi. Indicare i servizi e i documenti ai quali si voleva accedere. Se noti, indicare i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte.
Se necessario, utilizzare pagine supplementari scrivendo il proprio nome su ogni foglio.
6. Ha sporto reclamo a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? In caso affermativo, indicare con chi ha parlato e che cosa le è stato risposto. Si invita ad essere specifici.
Nome in stampatello: _____ Data (MM/GG/AAAA): _____
(Persona che fa il reclamo)
Non scrivere in questa casella. Riservata all'ufficio.
Date: _____ Reviewer: _____
Resolution: _____