# 密歇根州语言使用不合规投诉表

本表格适用于因英语水平有限而未能获得密歇根州政府部门或机构提供的适当语言协助，从而无法获得公共服务的个人，符合《州服务实质性语言使用法案》（2023 PA 241，修订版，MCL 37.21 – 37.24）的要求。

**1. 投诉表填写人.**

姓名:
当前日期: ___ 月___ 日20___ 年
电话号码:
电子邮箱 (可选):
邮寄地址 (可选):
偏好语言:

**2. 您更希望通过哪种方法联系您？**

☐ 电话
☐ 电子邮件
☐ 邮寄
☐ 其他的:

**3. 是否有其他人帮助您填写此投诉表？** ☐ 是 ☐ 否

**如“是”**，请提供他们的联系信息。
姓名:
电话号码:
电子邮箱:

**4. 您需什么语言服务？**

**5. 您的问题是什么？**勾选所有适用的选项.

☐ 没有为我提供口译员
☐ 我要求提供口译员，但遭到拒绝
☐ 所提供的口译员不精通我的首选语言
☐ 没有提供我首选语言的文件或表格
☐ 我被收取了翻译和/或口译服务费
☐ 其他的:

**6. 此事件发生在哪里？如果事件发生不止一次，请注明最近一次事件的发生日期。** 日期: ___月___日20___年
时间: ☐ 上午 ☐ 下午

**7. 此事件在何处发生？**勾选所有适用的选项.

☐ 电话
☐ 现场
提供地址:
☐ 其他的:

**8. 与您互动的机构或部门的名称：**

**9. 您是否向该机构或部门的任何人投诉？** ☐ 是 ☐ 否

**如“是”**，请提供以下详细信息：
您联系的人员姓名：
您投诉的日期：___月___日20___年

您是否收到了对您投诉的回复？☐ 是 ☐ 否