Форма жалобы на отсутствие языковой доступности в штате Мичиган

Данная форма предназначена для лиц, желающих подать жалобу в связи с тем, что они не получили соответствующую языковую помощь для получения доступа к государственным услугам от департамента или агентства штата Мичиган в связи с их уровнем владения английским языком, как того требует Закон о полноценном языковом доступе к государственным услугам, 2023 PA 241, с поправками, MCL 37.21 – 37.24.

1. Лицо, подающее жалобу

Имя и фамилия:
Сегодняшняя дата: ____/____/20____
Номер телефона:
Адрес электронной почты (необязательный):
почтовый адрес (необязательный):
Предпочитаемый язык(и):

2. Какой способ связи для Вас предпочтительнее?

- ☐ Телефон
- ☐ Адрес электронной почты
- ☐ Почта
- ☐ Другое:

3. Помогает ли Вам кто-то еще подать эту жалобу? ☐ Да ☐ нет

Если «Да», укажите их контактную информацию.
Имя и фамилию:
Номер телефона:
Адрес электронной почты:

4. На каком языке (языках) вам необходимо получить услуги?

5. В чем заключалась проблема? Отметьте все подходящие варианты

- ☐ Мне не предложили переводчика
- ☐ Я попросил (попросила) предоставить мне переводчика, но мне отказали
- ☐ Предоставленный переводчик не владел предпочитаемым мною языком
- ☐ Документы или формы отсутствуют на предпочитаемом мною языке
- ☐ С меня взяли деньги за перевод и/или услуги переводчика
- ☐ Другое:

6. Когда произошел этот инцидент? Если это происходило несколько раз, укажите дату последнего инцидента.
Дату: ____/____/20____ Время: ☐ утра ☐ вечера

7. Где произошел этот инцидент? Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ По телефону
- ☐ Лично
  укажите адрес:
- ☐ Другое:

8. Название агентства или отдела, с которым вы взаимодействовали:

9. Обращались ли вы с жалобой к кому-либо из сотрудников агентства или отдела? ☐ Да ☐ нет

Если «Да», укажите следующие данные:
Имя и фамилию человека, к которому вы обратились:
Дата подачи жалобы: ____/____/20____
Получили ли вы ответ на свою жалобу? ☐ Да ☐ нет