Форма скарги щодо недотримання законодавства штату Мічиган про доступність мовних послуг

Ця форма призначена для осіб, які бажають подати скаргу через те, що вони не отримали належної мовної допомоги для отримання доступу до державних послуг від департаменту або агентства штату Мічиган через свій рівень володіння англійською мовою, як того вимагає Закон про доступ до державних послуг 2023 року, Публічний акт № 241, зі змінами та доповненнями, статті 37.21–37.24 Збірнику законів штату Мічиган.

1. Особа, яка заповнює скаргу.

Прізвище та ім'я:
Дата заповнення: ____/____/20____
Номер телефону:
Електронна пошта (необов'язковий):
Поштова адреса (необов'язковий):
Мова(-и), якій(-им) надається перевага:

2. Якому способу зв'язку ви надаєте перевагу?

- ☐ Телефон
- ☐ Електронна пошта
- ☐ Пошта
- ☐ Інше:

3. Чи допомагав Вам хтось інший подати цю скаргу? ☐ Так ☐ Ні

Якщо «Так», додайте контактну інформацію.
Прізвище та ім'я:
Номер телефону:
Електронна пошта:

4. Якою мовою (мовами) вам потрібно надавати послуги?

5. У чому полягала проблема? Позначте всі відповідні пункти.

- ☐ Мені не запропонували перекладача
- ☐ Мій запит про залучення перекладача відхилили
- ☐ Перекладач, якого надали, не володів моєю мовою
- ☐ Документи та бланки недоступні моєю мовою
- ☐ З мене стягнули оплату за послуги письмового та/чи усного перекладача
- ☐ Інше:

6. Коли це трапилося? Якщо це траплялося неодноразово, укажіть дату останнього інциденту.

Дата: ____/____/20____ Час: ☐ a.m. ☐ p.m.

7. Де це трапилося? Позначте всі відповідні пункти.

- ☐ Телефоном
- ☐ Особисто
  укажіть адресу:
- ☐ Інше:

8. Назва установи чи департаменту, з якими ви взаємодіяли:

9. Чи скаржилися ви комусь з установи чи департаменту? ☐ Так ☐ Ні

Якщо «Так», надайте подробиці:
Прізвище й ім'я особи, з якою ви контактували:
Дата подання скарги: ____/____/20____
Чи отримали ви відповідь на свою скаргу? ☐ Так ☐ Ні