



Escritório dos Serviços Comunitários no Condado de Suffolk

H. Lee Dennison Building

100 Veteran's Memorial Hwy.

Hauppauge, NY 11788

Telefone: (631) 853-4738 Fax: (631) 853-8271

E-mail: Minority.Affairs@suffolkcountyny.gov

Acesso aos serviços no seu idioma: Ficha para queixas

A polícia do Condado de Suffolk deverá tomar medidas razoáveis para resolver barreiras relativas a idiomas em serviços e programas públicos. Para tanto, nossa meta é: 1) conversar com você no seu idioma e 2) fornecer formulários e documento importantes nos seis idiomas mais importantes e mais usados, além de em inglês.

Seus comentários neste formulário vão nos ajudar a cumprir essa meta. **Todas as informações são confidenciais.**

Imprima o formulário e assine-o com caneta preta. Depois, envie-o pelo correio, por fax ou pelo e-mail fornecido acima.

identidade de quem está fazendo a queixa (se disponível): _____

Pessoa que está fazendo a queixa: _____

Nome: _____ Sobrenome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Idioma preferido: _____ E-mail (se disponível): _____

Telefone residencial: _____ Outro telefone: _____

Alguém mais está ajudando você a fazer essa queixa? *Sim Não* Se 'Sim', inclua sobre ela: _____

Nome: _____ Sobrenome: _____

Qual foi o problema? Marque todas as caixas aplicáveis e explique abaixo.

- Não me foi oferecido um intérprete
- Pedi um intérprete, mas me foi negado
- O(s) intérprete(s) ou tradutor(es) não era(m) bom(ns) (Liste o nome deles, se você souber)
- O(s) intérprete(s) fez(fizeram) comentários rudes ou inadequados
- Os serviços foram muito demorados (explique abaixo)
- Não recebi formulários ou avisos em um idioma que eu conheço (liste os documentos necessários abaixo)
- Não consegui usar os serviços, programas ou atividades (explique abaixo)
- Outros (explique abaixo)

Quando o problema ocorreu? Data (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____ AM PM

Onde o problema ocorreu? _____

Descreva o que aconteceu. Seja específico. Use páginas adicionais, se necessário. Escreva seu nome em cada folha.

Liste o idioma, os serviços e os documentos necessários. Inclua nomes, endereços e números de telefone das pessoas envolvidas, se você souber.

Você fez a queixa a alguém do Departamento/Agência? Para quem e qual foi a resposta? Seja específico.

Eu confirmo que esta declaração é verdadeira e correta de acordo com o meu conhecimento.

Assinatura: _____

Data (MM/DD/AAAA): _____

(Pessoa que está fazendo a queixa)

Não escreva nesta caixa. Apenas para uso do escritório

Data: _____

Revisor: _____