



Office of Taxation and Finance
 Language Access Coordinator
 W A Harriman Campus
 Albany NY 12227
 이메일: Language.Access@tax.ny.gov

귀하 언어로 서비스 이용: 불만 신고 양식

뉴욕주의 정책은 대중 서비스 및 프로그램을 이용하는 언어 장벽을 극복하는 합리적인 단계를 취하는 것입니다. 이를 위한 저희들의 목표는 다음과 같습니다. 귀하의 언어로 처리와 이야기하기 그리고 될 수 있는 한 양식 및 문서를 영어 및 가장 자주 사용되는 개국 언어로 제공하기. 이 양식에 대한 귀하의 의견은 저희들이 이 목표를 달성하게 도와줄 것입니다. 모든 정보는 기밀입니다. 프린트하여 접정색 펜으로 양식에 사인하십시오. 그리고 나서 이를 위에 형기된 우편 팩스 및 이메일로 보내십시오.

불만 신고자: 청구인 아이디 번호 가능한 경우
 이름
 거리 주소
 도시, 타운 또는 빌리지, 주, 우편 번호
 선호하는 언어, 이메일 주소 가능한 경우
 집 전화번호, 기타 전화번호

이 불만 신고를 제출하는 데 도와주신 분이 계십니까? 예 아니오. 귀하의 경우 그들의 정보를 적어주세요.
 이름

문제가 무엇입니까? 해당하는 모든 박스에 체크하고 그 아래 설명하세요.
 통역사가 필요한지 알지 못했습니다.
 통역사를 요청했지만 전혀 걸지 않았습니다.
 통역사들은 또는 번역가들이 번역을 제대로 하지 못했습니다. 알고 계신다면 이름을 명기해 주십시오.
 통역가들이 무례하거나 부적절한 의견을 말했습니다.
 서비스를 하는 데 시간이 오래 걸렸습니다. 아래 설명해 주십시오.
 제가 이해할 수 없는 언어로 양식이나 통지가 제공되지 않았습니다. 아래 필요한 문서를 기재하세요.
 저는 서비스 프로그램 또는 활동을 이용할 수 없었습니다. 아래 설명해 주십시오.
 기타 아래 설명해 주십시오.

문제가 언제 발생했습니까? 날짜, 시간, 오전 오후
 문제가 어디서 발생했습니까?
 무슨 일이 일어났는지 설명해 주세요. 구체적으로 설명해 주세요. 필요하다면 페이지를 추가하셔도 됩니다. 각 페이지에 이름을 기재하세요. 필요한 언어 서비스 및 문서를 기재하세요. 알고 계신 경우 관련된 본인의 이름, 주소 및 전화번호도 기재하세요.

해당 부서 직원에게 항의하셨습니다가? 누구에게 항의하였으며, 그 직원이 어떻게 대처했습니까? 구체적으로 말씀해 주십시오.

저는 이 진술이 제가 알고 믿는 한 사실임을 증명합니다.
 서명, 날짜, 불만 신고자

Do not write in this box. For office use only / 이 상자 안에 작성하지 마세요. 담당자용
 Office of Taxation and Finance
 Albany, NY