



State of Hawaii
Office of Language Access

苦情提出書

連絡先情報

名 姓 ミドルイニシャル

住所 市 州 郵便番号

電話番号 メールアドレス
()

この苦情申し立ての発起人はご自分以外ですか？ YES* NO

*「YES」の場合は当事者情報を以下にご記入ください。

名 姓 ミドルイニシャル

住所 市 州 郵便番号

電話番号 メールアドレス
()

苦情の内容

言語サポートを拒否したと思われる特定の人物または機関/組織名を教えてください。

住所、市、州、郵便番号 _____

サポートを拒否されたのはどの言語ですか？ _____

言語サポートを拒否された日付を列挙してください： _____

問題の種類：

通訳が提供されなかった

翻訳が劣悪だった

翻訳資料が提供されなかった

言語サポートが時間外れだった

通訳が能力に欠けていた

その他： _____

出来事を詳述してください（必要であれば別紙を追加）。

