



夏威夷州
Office of Language Access (语言服务权益办公室)

投诉表

联系信息

名字	姓氏	中间名缩写
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

街道地址	城市	州	邮政区号
<input type="text"/>			

电话号码	电子邮件
(<input type="text"/>)	<input type="text"/>

您是代他人投诉吗? 是* 否

*如回答是, 请问您代谁投诉?

名字	姓氏	中间名缩写
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

街道地址	城市	州	邮政区号
<input type="text"/>			

电话号码	电子邮件
(<input type="text"/>)	<input type="text"/>

投诉信息

您认为是谁或哪个机构/组织拒绝为您提供语言援助?

街道地址、城市、州、邮政区号 _____

您被拒绝哪种语言援助? _____

请列出您被拒绝语言援助的日期: _____

问题性质:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 没有提供口语员 | <input type="checkbox"/> 翻译不专业 |
| <input type="checkbox"/> 没有提供翻译资料 | <input type="checkbox"/> 语言援助不及时 |
| <input type="checkbox"/> 口译员不能胜任 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

请描述当时的情景。请尽量详细描述。如需要, 可另加纸张。

本人特此声明，据我所知所信，本表格中的信息真实无误。我同意如果我的地址或电话有变更，我会通知语言服务权益办公室(OLA)。我明白我可以随时撤回我的投诉。

 签名

 日期

表格送交地址： **如需帮助或有任何问题：**

语言服务权益办公室电子邮件：
 doh.ola@doh.hawaii.gov
 1250 Punchbowl Street, Room 201
 Honolulu, Hawaii 96813

Call: (808) 586-8730
 Neighbor Islands: 1 (866) 365-5955