



夏威夷州

Office of Language Access (語言服務權益辦公室)

撤回同意

聯絡資訊

名字

姓氏

中間名縮寫

門牌地址

城市

州

郵遞區號

電話

電子郵件

投訴資訊

投訴日期

投訴性質：

未提供傳譯員

譯文詞不達意

未提供譯好的材料

語言援助不及時

傳譯員不能勝任

其他：_____

聲明

我特此撤回對_____的投訴。
(州府機構或組織的名稱)

我自願撤回投訴，並未受到任何人的強迫或脅迫。

簽名

日期

表格送交地址：

如需協助或有疑問：

Office of Language Access (語言服務權益辦公室)
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

電郵：doh.ola@doh.hawaii.gov
電話：(808) 586-8730
鄰島：1 (866) 365-5955