



하와이주
언어 지원 사무실

민원 양식

연락처 정보

이름	성씨	미들네임 이니셜
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

주소	시	주	우편번호
<input type="text"/>			

전화번호	이메일
<input type="text"/>	<input type="text"/>

귀하께서는 누군가에 대해 불만을 제기하시는 것입니까? 예* 아니요

*예라고 답한 경우 누구에게 불만을 제기하는 것입니까?

이름	성씨	미들네임 이니셜
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

주소	시	주	우편번호
<input type="text"/>			

전화번호	이메일
<input type="text"/>	<input type="text"/>

불만 정보

누구 또는 어느 기관/조직이 귀하의 언어 지원을 거부했다고 생각하십니까?

주소, 시, 주, 우편번호 _____

어떤 언어 지원이 거부되었습니까? _____

언어 지원이 거부된 날짜를 적어 주십시오: _____

문제 설명:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 통역이 제공되지 않았음 | <input type="checkbox"/> 번역이 만족스럽지 않았음 |
| <input type="checkbox"/> 번역된 자료가 제공되지 않았음 | <input type="checkbox"/> 언어 지원이 시기가 적절하지 않았음 |
| <input type="checkbox"/> 통역이 만족스럽지 않았음 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

발생할 일을 설명해 주십시오. 가능한 구체적으로 기입해 주십시오. 필요한 경우 용지를 더 사용하십시오.

본인은 이 양식에 포함된 정보가 본인이 아는 한도에서 최대한 진실임을 증명합니다. 본인은 주소 또는 전화번호를 변경하는 경우 OLA 에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 언제든지 본인의 불만 사항을 철회할 수 있음을 이해합니다.

서명

날짜

양식 제출처:

언어 지원 사무실
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

도움이 필요하거나 질문이 있는 경우:

이메일: doh.ola@doh.hawaii.gov
전화: (808) 586-8730
Neighbor Islands: 1 (866) 365-5955