



하와이주
언어 지원 사무실
불만의 철회

연락처 정보

이름	성씨	미들네임 이니셜
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
주소	시	주
<input type="text"/>		
전화번호	이메일	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

불만 정보

불만 제기 날짜

불만 설명:

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

진술서

본인은 다음에 대한 본인의 불만을 철회합니다 _____
(주정부 기관 또는 조직의 이름)

본인은 다른 사람의 강압이나 협박 없이 자발적이며 본인의 자유 의지에 의해 철회하는 것입니다.

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