



New York State Division of Homeland Security & Emergency Services

Public Information Office

1220 Washington Avenue Bldg 7a

Albany, NY 12226

FAX: (518)457-4923

E-mail: [DHSESPIO@dhses.ny.gov](mailto:DHSESPIO@dhses.ny.gov)

## Accesso ai servizi nella propria lingua: modulo di reclamo

Lo Stato di New York persegue la politica di prendere misure ragionevoli per superare le barriere linguistiche nei servizi e nei programmi pubblici. Per ottenere tale risultato, il nostro obiettivo è: 1) parlare con le persone nella loro lingua 2) fornire moduli e documenti anagrafici nelle principali sei lingue più utilizzate, oltre all'inglese. I commenti espressi in questo modulo ci saranno utili a raggiungere tale obiettivo. **Tutte le informazioni sono riservate.**

Scrivere stampatello o a macchina e firmare il modulo con inchiostro nero. Quindi inviare il modulo per posta, fax o e-mail ai recapiti sopra indicati.

<b>Persona che effettua il reclamo:</b>		N. ID reclamante (se disponibile):	
Nome:		Cognome:	
Indirizzo (via/piazza):			
Città, comune o paese:		Stato:	Codice fiscale:
Lingua preferita:		Indirizzo e-mail (se disponibile):	
Telefono di casa: (      )		Altro telefono: (      )	
<b>Qualcun altro sta aiutando a presentare questo reclamo?</b>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", inserire il suo:	
Nome:		Cognome:	
<b>Qual è stato il problema?</b> Selezionare tutte le caselle applicabili e spiegare di seguito.			
<input type="checkbox"/> Non mi è stato offerto un interprete			
<input type="checkbox"/> Ho chiesto un interprete e mi è stato rifiutato			
<input type="checkbox"/> Le capacità dell'interprete/degli interpreti o del traduttore/dei traduttori non erano adeguate (indicare i nomi, se noti)			
<input type="checkbox"/> L'interprete/gli interpreti ha/hanno espresso commenti scortesi o inappropriati			
<input type="checkbox"/> I servizi hanno richiesto troppo tempo (spiegare di seguito)			
<input type="checkbox"/> Non mi sono stati forniti moduli o comunicazioni in una lingua che io sono in grado di comprendere (elencare di seguito i documenti necessari)			
<input type="checkbox"/> Non sono riuscito a servirmi dei servizi, dei programmi o delle attività (spiegare di seguito)			
<input type="checkbox"/> Altro (spiegare di seguito)			
<b>Quando è avvenuto il problema?</b> Data (MM/GG/AAAA):		Ora:	<input type="checkbox"/> matt. <input type="checkbox"/> pom.
<b>Dove è avvenuto il problema?</b>			
<b>Descrivere cosa è avvenuto.</b> Spiegare dettagliatamente. Se occorre, utilizzare altre pagine. Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome su ciascun foglio. Indicare la lingua, i servizi e i documenti necessari. Indicare anche i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono delle persone coinvolte, se noti.			
<b>Il reclamo è stato espresso a qualcuno del Dipartimento/dell'Agenzia? Chi? E qual è stata la risposta?</b> Spiegare dettagliatamente.			
<b>Attesto che la presente dichiarazione è vera in base alle mie conoscenze e convinzioni.</b>			
<b>Firma:</b> _____		<b>Data</b> (MM/GG/AAAA): _____	
(Persona che effettua il reclamo)			

***Do not write in this box. For office use only / Non scrivere in questa casella Riservata all'ufficio***

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_

Resolution:

INSP 1 - Italian (10/12)