



語言服務投訴表格

此投訴表格適用於記錄使用市政府語言服務相關的投訴

聯絡資料

姓名: _____

地址: _____

電話號碼: _____ 電郵地址: _____

投訴詳情

事件日期: _____

部門/機構: _____

地點/地址: _____

語言服務問題: (請選擇所有適用的空格)

缺乏通知公眾關於中文/西班牙文翻譯服務的標誌牌

缺乏中文/西班牙文的表格/資料

缺乏能說雙語的人士

其他

你需要那一種語言的協助? _____

簡略描述: (如需額外的空間填寫, 請附加紙張) _____

協助填寫表格

是否有人協助你填寫此表格? 是 定否

姓名: _____

機構: _____

電話號碼: _____ 電郵地址: _____

DEPARTMENT USE ONLY

Date Received:	Action Taken:	Contact Person:	Phone:	Email:



請送交表格至: EQUAL ACCESS OFFICE Department of Human Resources Management

150 Frank H. Ogawa Plaza 2nd Floor, Oakland, CA 94612

你亦可傳真表格至 (510) 238-2325. 如有任何問題, 請致電 (510) 238-3112.