

歧视、语言协助投诉

任何认为自己被拒绝提供有意义的语言协助或者认为亚特兰大市未遵守1964年《民权法案》第六章、
《美国法典》第42卷第2000(d)节和第13166号行政命令规定的人员均可向
市长移民办公室 (Mayor's Office of Immigrant Affairs) 的语言协助协调员提出投诉。

填写并返回至:

Mayor's Office of Immigrant Affairs

Suite 2400

55 Trinity Ave SE, Atlanta GA 303016

电子邮件: ispeakATL@atlantaga.gov

1. 投诉人的联系信息

姓名: _____

地址: _____

电话号码: _____

电子邮件: _____

首选语言: _____ 首选联络方式: _____

2. 投诉详情

事件日期: _____ 事件时间: _____ 上午 下午

歧视部门/机构: _____

职称: _____

地点/地址: _____

- 问题方面:
- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 缺乏通知公众口译和笔译的标志 |
| <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 缺少以我能理解的语言制作的表格/材料/通知 |
| <input type="checkbox"/> 韩语 | <input type="checkbox"/> 口译员作出了粗鲁或不恰当的言论 |
| <input type="checkbox"/> 越南语 | <input type="checkbox"/> 由于缺乏双语人员, 服务延迟 |
| <input type="checkbox"/> 法语 | <input type="checkbox"/> 没有给我提供口译员 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 | <input type="checkbox"/> 我要求提供口译员, 但被拒绝了 |
| <input type="checkbox"/> _____ (其它) | <input type="checkbox"/> 口译员专业水平不高 |
| | <input type="checkbox"/> 我无法使用服务、参加项目或活动 |
| | <input type="checkbox"/> 其它 (在下方进行解释) |

投诉简要说明 (如有需要, 可另附页说明): _____

描述您正在寻求的解决方案 _____

本人保证，据我所知所信，此陈述是真实的。

签名：_____ 日期：_____

3. 表格协助

是否有人协助您填写此表？ 是（在下方输入信息） 否（留空）

姓名：_____

电子邮件及电话号码：_____

仅限内部使用	
接收日期：	采取的行动：
联系人：	
电话：	电子邮件：