فرم شکایت دسترسی زبانی

از شما سپاسگزاریم که در بهبود خدمات دسترسی زبانی به ما کمک می‌کنید! Los Angeles County Department of Youth Development مایل است اطمینان حاصل کند که همه افراد بتوانند از خدمات ما به زبان‌های مختلف استفاده کنند. بازخورد شما به ما کمک می‌کند تا خدمات بهتری به شما ارائه دهیم. لطفاً با استفاده از این فرم، تجربهٔ خود را با ما در میان بگذارید و بگویید چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم.

چرا از این فرم استفاده کنیم؟

لطفاً در صورتی که ادارهٔ ما **کمک زبانی** مورد نیاز شما، مانند خدمات ترجمه شفاهی و/ یا نوشتاری را ارائه نکرده است، این فرم را تکمیل و ارسال نمایید.

سپس چه خواهد شد؟

1. ادارهٔ ما پس از دریافت فرم، شکایت شما را بررسی نموده و به آن پاسخ خواهد داد.
2. **پیگیری**: اگر ظرف **10 روز کاری** پاسخی دریافت نکردید، لطفاً با ما تماس بگیرید [email & phone].
3. نتیجه **رسیدگی**: اداره ما نتیجه رسیدگی به شکایت شما را در سریع‌ترین زمان ممکن، حداکثر تا **۹۰ روز کاری** پس از تاریخ دریافت شکایت، به اطلاع شما خواهد رساند.

چگونه این فرم را پرکنید

1. **مشکل را مشخص کنید**: آیا شکایت شما مربوط به کمک زبانی مانند کمک در ترجمه شفاهی و/ یا نوشتاری است؟
2. **فرم را کامل کنید**: کلیه جزئیات را وارد کنید تا بتوانیم مشکل را درک کنیم.
3. **فرم را برایمان بفرستید**: بهترین گزینه مورد نظرتان را انتخاب کنید:

- **آنلاین**: فرم را به این آدرس ارسال کنید dyd.lacounty.gov
- **ایمیل**: به این نشانی ارسال کنید info@dyd.lacounty.gov
- **پست**: فرم را چاپ کرده و به این آدرس ارسال کنید 555 W.5th Street, 35th floor, Los Angeles, CA 90013

اگر پرسشی دارید یا نیاز به کمک دارید، با ما تماس بگیرید info@dyd.lacounty.gov

---

از این فرم فقط برای شکایت‌های مربوط به دسترسی زبانی استفاده کنید

آیا شکایت شما درباره دریافت نکردن خدمات به زبانی غیر از انگلیسی، مانند نیاز به مترجم شفاهی یا ترجمهٔ نادرست است؟

☐ بلی
☐ خیر

FARSI

اگر پاسخ شما خیر است، این یک شکایت دسترسی زبانی نیست. لطفاً جهت سایر نگرانی‌ها با اداره ما از طریق info@dyd.lacounty.gov تماس حاصل فرمایید. اگر پاسخ شما بلی است، به بخش بعدی مراجعه کنید.

اطلاعات تماس

تاریخ امروز:

نام:

نام خانوادگی:

آدرس ایمیل:

شماره تلفن:

نشانی:

کد پستی: **شهر:**

چگونه می‌خواهید با شما تماس بگیریم؟

- ☐ **ایمیل**
- ☐ **تلفن**
- ☐ **پست**

چه زبانی را برای **خواندن** و **نوشتن** ترجیح می‌دهید؟

چه زبانی را برای **صحبت کردن** یا **زبان اشاره** ترجیح می‌دهید؟

در مورد شکایت شما

به چه زبانی نیاز به کمک داشتید؟

مشکل کجا اتفاق افتاد؟

☐ **حضوری (در یکی از دفاتر شهرستان)**

نشانی:

شهر: کدپستی:

☐ **از طریق تلفن**

تاریخ تماس: زمان تماس:

☐ **آنلاین**

تارنما یا حساب رسانه‌های اجتماعی:

چه مشکلی پیش آمد؟ (همه گزینه‌های مربوطه را علامت بزنید)

- ☐ من نمی‌دانستم که می‌توانم درخواست مترجم شفاهی یا کمک در ترجمه داشته باشم.
- ☐ اطلاعات دربارهٔ برنامه‌ها یا خدمات شهرستان به زبان من در دسترس نبود.
- ☐ ترجمهٔ نوشتاری به‌سختی قابل فهم بود.
- ☐ هیچ‌یک از کارکنان شهرستان به زبان من صحبت نمی‌کردند تا بتوانند کمک کنند.
- ☐ مترجم شفاهی به‌درستی ترجمه نکرد.
- ☐ سایر(لطفاً شرح دهید):

بیشتر برایمان از شکایت خود بگویید. (حداکثر ۵۰۰ نویسه)

مایلید چگونه به شکایت‌تان در مورد دسترسی زبانی رسیدگی شود؟ (حداکثر ۵۰۰ نویسه)

آیا کسی به شما در تکمیل این فرم کمک کرده است؟

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً مشخصات این شخص را ارائه دهید.

نام:

سازمان / اداره:

شماره تلفن:

آدرس ایمیل:

شکایت‌های ناشناس

شما می‌توانید این فرم را بدون ارائهٔ مشخصات خود ثبت کنید. هرچند، در صورت تصمیم به ناشناس ماندن، ما قادر نخواهیم بود برای جزئیات بیشتر با شما تماس بگیریم یا نتیجه را به اطلاع شما برسانیم.

لطفاً توجه داشته باشید: شکایت‌ها ممکن است طبق قانون California در دسترس عموم قرار گیرند.