

填寫說明

感謝你幫助我們改善語言使用服務！**Chief Executive Office** 希望確保每個人都能以不同語言來使用我們的服務。你的意見有助於我們更好地為你提供服務。請使用本表格告訴我們你的體驗以及我們可以如何改善服務。

為何使用本表格？

如果我們的部門沒有為你提供所需的**語言幫助**，例如：口譯和/或翻譯服務，請填寫本表格並提交。

如何填寫本表格

1. **了解問題**：你的投訴是否與語言服務有關，例如：口譯和/或翻譯服務？
2. **填寫表格**：填寫所有詳細資料，以便我們了解問題。
3. **傳送表格給我們**：請從以下選項中選擇最適合你的方式：

- **電子郵件**：發送至 LanguageAccess@ceo.lacounty.gov
- **電話**：致電 (213) 785-3477
- **郵寄**：打印並寄至

Chief Executive Office
Attn: Jean Ho
500 W Temple Street
Los Angeles, CA 90012

如果你有任何問題或需要幫助，請透過 LanguageAccess@ceo.lacounty.gov 或 (213) 785-3477 聯繫我們。

本表格僅用於語言服務投訴:

你的投訴是否與未能獲得英語以外的語言幫助有關，例如：沒有提供口譯員服務或翻譯內容不準確？

- 是
 否

如果你選擇「否」，這不屬於語言服務投訴。如有其他問題，請聯絡我們的部門 LanguageAccess@ceo.lacounty.gov 或 (213) 785-3477。如果你選擇「是」，請繼續填寫下一部分。

聯絡資訊

匿名投訴: 你可以在不提供姓名的情況下提交本表格。然而, 如果你選擇保持匿名, 我們將無法聯繫你以取得更多詳細資訊或告知你處理結果。
請注意: 根據加州法律, 投訴內容可能會被公開。

今天日期:	名字:	姓氏:
街道地址:	城市:	郵政編碼:
電子郵件地址:	電話號碼:	
你希望我們以何種方式與你聯絡? <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵件	你偏好用哪種語言來 閱讀 和 書寫 ? 你偏好用哪種語言來進行 口語交流 或 手語溝通 ?	

有關你的投訴

你需要哪種語言的幫助?

語言服務投訴是發生在什麼地方?	<input type="checkbox"/> 親身 (在縣辦事處) 街道地址: _____ 城市: _____ 郵政編碼: _____
	<input type="checkbox"/> 透過電話 通話日期: _____ 通話時間: _____
	<input type="checkbox"/> 在線 (網站或社群媒體帳號): _____

發生了什麼事情?
(請勾選所有適用項目)

- 我並不知道我可以要求口譯員或翻譯的幫助。
- 縣政府計劃或服務的相關資訊, 並沒有我所使用的語言。
- 難以理解書面翻譯的內容。
- 沒有縣政府工作人員能說我的語言來幫助我。
- 口譯員翻譯不正確。
- 其他 (請說明): _____

請進一步說明你的投訴內容。(字數限制為 500)

你希望如何解決你的語言服務投訴?(字數限制為 500)

是否有人幫你填寫本表格？

如果「是」，請提供他們的詳細資訊。

姓名：

機構/部門：

電話號碼：

電子郵件地址：

感謝您完成此份表格

接下來會怎樣？

1. 當我們收到你的表格後，我們的部門將審查並回覆你的投訴。
2. **跟進：** 如果你在 10 個工作天內未收到回覆，請透過 LanguageAccess@ceo.lacounty.gov 或 (213) 785-3477 聯絡我們。
3. **解決方案：** 我們的部門將盡快讓你了解我們會如何處理你的投訴，我們最遲將於收到你的投訴之日起 90 個工作天內完成處理。