

## زبان تک رسائی کا شکایتی فارم

NYS Office for People With Developmental Disabilities  
Executive Office of Diversity, Equity, and Inclusion  
25 Beaver Street, 3rd Floor, New York, NY 10004  
Email: [lep.complaints@opwdd.ny.gov](mailto:lep.complaints@opwdd.ny.gov)

نیو یارک اسٹیٹ کی زبان تک رسائی کی پالیسی عوام کا سامنا کرنے والی کچھ ایجنسیوں سے درکار کرتی ہے کہ ہر زبان میں ترجمے کی خدمات فراہم کریں اور اہم دستاویزات کا نیو یارک اسٹیٹ کی کم از کم بارہ سب سے عام بولی جانے والی غیر انگریزی زبانوں میں ترجمہ کریں۔ اگر آپ کو ہماری ایجنسی کی زبان تک رسائی کی خدمات کے حوالے سے مشکل کا سامنا ہوا ہو تو آپ اس شکایتی فارم کو پُر کر کے اوپر فراہم کردہ رابطے کی تفصیلات استعمال کرتے ہوئے جمع کروا سکتے ہیں۔ آپ کی شکایت میں موجود تمام ذاتی معلومات کو خفیہ رکھا جائے گا۔

<p>1. شکایت کنندہ: پہلا نام: _____ آخری نام: _____ زپ کوڈ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> میں اپنا نام نہ فراہم کرنے کو ترجیح دوں گا/گی۔ براہ مہربانی یاد رکھیں کہ اگر آپ رابطے کی کوئی معلومات فراہم نہیں کرتے ہیں تو ہم آپ کو ان اقدامات سے آگاہ نہیں کر سکیں گے جو ہم آپ کی شکایت کے ازالے کے لیے کر رہے ہیں۔ ترجیحی زبان (زبانیں): _____</p> <p>فون نمبر: _____ ای میل کا پتہ: _____</p> <p>کیا یہ شکایت درج کروانے میں کوئی اور آپ کی مدد کر رہا ہے؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں 'ہاں' کی صورت میں، ان کی رابطے کی معلومات شامل کریں: _____</p> <p>پہلا نام: _____ آخری نام: _____</p> <p>ای میل کا پتہ اور/یا فون نمبر: _____</p>
<p>2. آپ کو کون سی زبان (زبانوں) میں خدمات درکار تھیں؟ _____</p>
<p>3. کیا مسئلہ درپیش ہوا؟ تمام لاگو ہونے والے خانوں پر چیک کا نشان لگائیں اور نیچے وضاحت کریں۔</p> <p><input type="checkbox"/> مجھے مترجم کی پیشکش نہیں کی گئی</p> <p><input type="checkbox"/> میں نے مترجم کے لیے درخواست کی اور مجھے انکار کر دیا گیا</p> <p><input type="checkbox"/> مترجم کی صلاحیتیں اچھی نہیں تھیں (اگر معلوم ہو تو ان کا نام نیچے سیکشن 5 میں درج کریں)</p> <p><input type="checkbox"/> مترجم نے غیر اخلاقی یا نامناسب تبصرے کیے</p> <p><input type="checkbox"/> میں نے مترجم کے لیے کافی زیادہ دیر تک انتظار کیا</p> <p><input type="checkbox"/> مجھے اس زبان میں فارم یا نوٹس نہیں دیے گئے جو میں سمجھ سکتا/سکتی ہوں (درکار دستاویزات کے ناموں کی فہرست نیچے سیکشن 5 میں درج کریں)</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں) _____</p>
<p>4. یہ واقعہ کب ہوا؟ اگر ایسا ایک سے زائد مرتبہ ہوا ہو تو تازہ ترین واقعے کی تاریخ درج کریں۔</p> <p>تاریخ (مہینہ/دن/سال): _____ وقت: _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/></p> <p>یہ واقعہ کہاں ہوا؟ <input type="checkbox"/> فون پر <input type="checkbox"/> ذاتی طور پر پتہ فراہم کریں: _____</p>
<p>5. واقعہ بیان کریں۔ واضح الفاظ میں جس قدر تفصیل سے ممکن ہو بیان کریں۔ اگر ایسا ایک سے زائد مرتبہ ہوا ہو تو ہر واقعے کی تاریخ/وقت درج کریں اور ہر واقعہ بیان کریں۔ آپ جن خدمات اور دستاویزات تک رسائی کی کوشش کر رہے تھے/رہی تھیں ان کی فہرست درج کریں۔ معلوم ہو تو شامل افراد کے نام، پتے اور فون نمبر شامل کریں۔ ضرورت کے مطابق اضافی صفحات استعمال کریں اور ہر پرت پر اپنا نام لکھیں۔</p>
<p>6. کیا آپ نے محکمے/ایجنسی میں کسی سے شکایت کی؟ ہاں کی صورت میں، شامل کریں کہ آپ نے کن سے بات کی اور ان کا جواب کیا تھا۔ براہ مہربانی واضح طور پر بیان کریں۔</p>
<p>نام درج کریں: _____ تاریخ (مہینہ/دن/سال): _____</p> <p>(شکایت کنندہ)</p>



Office for People With  
Developmental Disabilities



Office of General Services  
Office of Language Access

اس خانے میں نہ لکھیں۔ صرف دفتری استعمال کے لیے۔

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

Resolution: \_\_\_\_\_