



Illinois State Board of Education

100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SKARGI DOTYCZĄCEJ DOSTĘPU JĘZYKOWEGO

DEPARTAMENT DS. KOMUNIKACJI (COMMUNICATIONS DEPARTMENT)

Jeśli uważają Państwo, że odmówiono/lub ograniczono Państwu dostęp do usług, świadczeń lub programów stanowych ze względu na język, jakim się Państwo posługują, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przesłanie go do Rady ds. Edukacji Stanu Illinois na adres e-mail languageaccess@isbe.net. W razie jakichkolwiek pytań dotyczących niniejszego formularza należy skontaktować się z Aną C. Arredondo pod numerem telefonu (312) 814-5818.

PAŃSTWA INFORMACJE IDENTYFIKACYJNE

IMIĘ I NAZWISKO	TELEFON DOMOWY (wraz z numerem kierunkowym)
ADRES (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) (OPCJONALNIE)	ALTERNATYWNY NUMER TELEFONU (wraz z numerem kierunkowym)
	W jakich godzinach można się z Państwem skontaktować? <input type="checkbox"/> rano <input type="checkbox"/> po południu
	E-MAIL

INFORMACJE NA TEMAT PAŃSTWA SKARGI DOTYCZĄCEJ DOSTĘPU JĘZYKOWEGO:

Proszę wskazać departament/placówkę Rady ds. Edukacji Stanu Illinois (Springfield/Chicago), gdzie miało miejsce zdarzenie, którego dotyczy skarga:

Proszę wskazać, najlepiej jak to możliwe, pracowników Rady ds. Edukacji Stanu Illinois lub inne osoby zaangażowane w to zdarzenie:

Proszę określić przybliżoną datę i godzinę zdarzenia:

Proszę opisać swój problem lub wątpliwości. Należy pamiętać o podaniu takich informacji, jak: osoby zaangażowane w sprawę; co takie osoby zrobiły lub powiedziały; czy próbowali Państwo uzyskać dostęp do informacji lub usług Rady ds. Edukacji Stanu Illinois, jednak nie udało się tego zrobić; a także innych informacji, które uważają Państwo za istotne. Jeśli potrzebują Państwo dodatkowego miejsca lub posiadają dodatkowe materiały pisemne dotyczące Państwa skargi, prosimy o dołączenie ich do niniejszego formularza.

Czy mają Państwo świadków, którzy posiadają informacje na temat Państwa skargi? Jeśli tak, prosimy o podanie ich nazwisk, adresów i numerów telefonów.

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES (Opcjonalnie)	NUMER TELEFONU (wraz z numerem kierunkowym)

INFORMACJE O DOSTĘPIE JĘZYKOWYM:

1. Jakimi językami się Państwo posługują? _____
2. Czy potrafisz Państwo czytać i pisać w swoim języku? _____
3. Czy korzystali Państwo z pomocy przy wypełnianiu tego formularza? _____

Jeśli odpowiedzieli Państwo „tak” na pytanie nr 3, prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych osoby, która udzieliła Państwu pomocy:

Oświadczam, że przeczytałem(am) treść niniejszej skargi oraz że podane przeze mnie informacje są zgodnie z moją najlepszą wiedzą rzetelne i prawdziwe.

Podpis cyfrowy lub własnoręczny

Data