

إدارة الاتصالات (COMMUNICATIONS DEPARTMENT)

إذا شعرت أنك حرمت من الخدمات أو المنافع أو الإعانات أو البرامج الحكومية في الولاية أو لم تحصل عليها كاملة بسبب لغتك، فيرجى تعبئة هذا النموذج وإرساله إلى مجلس التعليم بالبنوي (Illinois State Board of Education) على البريد الإلكتروني languageaccess@isbe.net. وإذا كانت لديك أي أسئلة عن هذا النموذج، اتصل بالسيدة أنا سي أريدونديا Diana Torres (على الرقم 814-5818 (312).

| بياناتك | |
|--|---|
| رقم هاتف المنزل (شامل كود المنطقة) | الاسم |
| الهاتف البديل (شامل كود المنطقة) | العنوان (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) (اختياري) |
| ما أنسب وقت للاتصال بك؟ ص <input type="checkbox"/> م <input type="checkbox"/> | |
| البريد الإلكتروني | |

بيانات شكاوى بشأن توفير خدمات اللغة:

يرجى تحديد الإدارة/الموقع التابع لمجلس التعليم بولاية البنوي (سبرينغفيلد/شيكاغو) التي وقعت فيها الحادثة محل الشكاوى:

حدد بقدر الإمكان الموظف(ين) أو أي شخص تابع لمجلس التعليم بولاية البنوي المتورط في الحادثة محل الشكاوى:

يرجى تحديد الوقت والتاريخ أو الأوقات والتواريخ التقريبية لوقوع الحادثة أو الحوادث:

يرجى وصف مشكلتك أو شكواك: تأكد من ذكر المعلومات المتعلقة بالشكوى كالأشخاص المتورطين وما فعلوه أو قالوه وهل حاولت ولم تستطع الحصول على معلومات أو خدمات مجلس التعليم واذكر أي معلومات أخرى ترى أنها مهمة. إذا أردت مساحة إضافية لمعلومات الشكوى أو كانت لديك مسندات كتابية أخرى متعلقة بالشكوى، فيرجى إرفاقها مع هذا النموذج.

هل معك شهود لديهم معلومات عن شكواك؟ إذا كان معك شهود، فاذكر أسماءهم وعناوينهم وأرقام هواتفهم.

| الاسم | العنوان (اختياري) | رقم الهاتف (شامل كود المنطقة) |
|-------|-------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

معلومات توفير خدمات اللغة:

1. ما اللغة أو اللغات التي تتحدثها؟
 2. هل تقرأ وتكتب بلغتك؟
 3. هل ساعدك أحد في تعبئة هذا النموذج؟
- إذا أجبت بـ "نعم" عن رقم 3، فيرجى كتابة اسم الشخص الذي ساعدك وبيانات الاتصال به:

أقر بأنني قرأت هذه الشكوى وبأن المعلومات والبيانات التي قدمتها فيها حقيقية ودقيقة على حسب علمي.

التاريخ

التوقيع الإلكتروني أو الأصلي