



100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

语言服务投诉表
(LANGUAGE ACCESS COMPLAINT FORM)

通信部 (COMMUNICATIONS DEPARTMENT)

如果您被拒绝和/或被限制使用您的语言去获得州政府提供的服务、福利或计划，请填写此表格并通过电子邮件的方式提交给伊利诺伊州教育委员会 (Illinois State Board of Education)，电子邮箱为languageaccess@isbe.net。如果您对此表格有任何疑问，请致电 (312) 814-5818联系Diana Torres。

您的个人信息

姓名	家庭电话 (包括区号)
地址 (街道、城市、州、邮政编码) (可选)	备用电话 (包括区号)
	什么时候方便与您联系? <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
	电子邮箱

有关您的语言服务投诉的信息：

请指明您所投诉的事件发生在伊利诺伊州教育委员会的哪一个部门/地点 (斯普林菲尔德/芝加哥)：

请尽可能指明涉及该事件的伊利诺伊州教育委员会的职员和/或其他人员：

请指明事件发生的大致时间和日期：

请说明您的问题或关切事项。请确保包括以下信息：涉及的人员及其说过的话和/或做过的事；您是否尝试但无法获得伊利诺伊州教育委员会的信息或服务；以及您认为重要的其他信息。如果您需要额外的篇幅或您有其他与投诉相关的书面材料，请随表格附上。

是否有证人了解您的投诉内容？如果是，请说明其姓名、地址和电话号码。

姓名	地址（可选）	电话号码（包括区号）

语言服务信息：

1. 您使用什么语言？ _____
2. 您是否使用自己的语言进行读写？ _____
3. 是否有人帮您填写此表格？ _____

如果您对问题3的回答为“是”，请列出为您提供帮助的人员之姓名和联系信息：

本人证明，已阅读此投诉内容，且据本人所知，所提供的信息真实、准确。

数字签名或原始签名

日期