



100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

語言服務投訴表
(LANGUAGE ACCESS
COMPLAINT FORM)

通信部 (COMMUNICATIONS DEPARTMENT)

如果您被拒絕和/或被限制使用您的語言去獲得州政府提供的服務、福利或計劃，請填寫此表格並通過電子郵件的方式提交給伊利諾州教育委員會 (Illinois State Board of Education)，電子郵件為languageaccess@isbe.net。如果您對此表格有任何疑問，請致電 (312) 814-5818 聯繫 Diana Torres。

您的個人信息

姓名	家庭電話 (包括區號)
地址 (街道、城市、州、郵政編碼) (可選)	備用電話 (包括區號)
	什麼時候方便與您聯繫？ ☐ 上午 ☐ 下午
	電子郵件

有關您的語言服務投訴的信息：

請指明您所投訴的事件發生在伊利諾州教育委員會的哪一個部門/地點 (斯普林菲爾德/芝加哥)：

--

請盡可能指明涉及該事件的伊利諾州教育委員會的職員和/或其他人員：

--

請指明事件發生的大致時間和日期：

請說明您的問題或關切事項。請確保包括以下信息：涉及的人員及其說過的話和/或做過的事；您是否嘗試但無法獲得伊利諾州教育委員會的信息或服務；以及您認為重要的其他信息。如果您需要額外的篇幅或您有其他與投訴相關的書面材料，請隨表格附上。

是否有證人瞭解您的投訴內容？如果是，請說明其姓名、地址和電話號碼。

姓名	地址（可選）	電話號碼（包括區號）

語言服務信息：

1. 您使用什麼語言？
2. 您是否使用自己的語言進行讀寫？
3. 是否有人幫您填寫此表格？

如果您對問題3的回答為“是”，請列出為您提供幫助的人員之姓名和聯繫信息：

本人證明，已閱讀此投訴內容，且據本人所知，所提供的信息真實、準確。

數位簽章或原始簽章

日期