



100 North First Street  
Springfield, Illinois 62777-0001

БЛАНК ЖАЛОБЫ НА  
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЯЗЫКОВЫХ  
УСЛУГ

ДЕПАРТАМЕНТ ПО СВЯЗЯМ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ (COMMUNICATIONS DEPARTMENT)

Если, как Вы считаете, Вам на основании Вашего языка отказали и/или ограничили доступ к услугам, льготам или программам, предусмотренным на территории штата, пожалуйста, заполните этот бланк и отправьте его в Совет по вопросам образования штата Иллинойс по адресу электронной почты [languageaccess@isbe.net](mailto:languageaccess@isbe.net). При возникновении у Вас каких-либо вопросов в связи с заполнением данного бланка, просьба обратиться к Диана Торрес по тел. (312) 814-5818.

ИНФОРМАЦИЯ О ВАС

|                                                          |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ФИО                                                      | ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (укажите код города)                                                                     |
| АДРЕС (улица, город, штат, почтовый индекс) (ПО ЖЕЛАНИЮ) | АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН (укажите код города)                                                               |
|                                                          | В какое время было бы удобно связаться с Вами?<br><input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
|                                                          | АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ                                                                                           |

ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЯЗЫКОВЫХ УСЛУГ:

Пожалуйста, укажите департамент Совета по вопросам образования штата Иллинойс/населенный пункт (Спрингфилд/Чикаго), где произошел(-шли) инцидент(-ы), на который(-ые) Вы жалуетесь:

|  |
|--|
|  |
|--|

Пожалуйста, укажите, насколько это возможно, сотрудника(-ов) Совета по вопросам образования штата Иллинойс и/или другое(-ие) лицо(-а), вовлеченное(-ые) в инцидент(-ы):

|  |
|--|
|  |
|--|

Пожалуйста, укажите приблизительное время и дату(-ы), когда произошел(-шли) инцидент(-ы):

Пожалуйста, опишите проблему, с которой Вы столкнулись, или вопрос, который Вас беспокоит. Обязательно укажите такую информацию, как: кто был вовлечен и что они сделали и/или сказали; пытались/смогли ли Вы получить доступ к информации или услугам Совета по образованию штата Иллинойс; любую другую информацию, которую Вы считаете значимой. Если Вам потребуется дополнительное место или у Вас будут дополнительные материалы в письменной форме, относящиеся к предмету Вашей жалобы, пожалуйста, приложите их к этому бланку.

Есть ли у Вас свидетели, располагающие информацией о предмете Вашей жалобы? Если да, пожалуйста, укажите их имена, адреса и номера телефонов.

| ФИО | АДРЕС (по желанию) | ТЕЛЕФОН (укажите код города) |
|-----|--------------------|------------------------------|
|     |                    |                              |
|     |                    |                              |
|     |                    |                              |

#### ИНФОРМАЦИЯ О ЯЗЫКОВЫХ УСЛУГАХ:

1. На каком(-их) языке(-ах) Вы говорите? \_\_\_\_\_
2. Читаете и пишете ли Вы на своем языке? \_\_\_\_\_
3. Помогали ли Вам заполнить данный бланк? \_\_\_\_\_

Если Вы ответили «Да» на вопрос № 3, пожалуйста, укажите ФИО и контактную информацию лица, помогавшего Вам:

Я подтверждаю, что прочитал(-а) данную жалобу и что предоставленная мной информация, насколько мне известно, является правдивой и точной.

\_\_\_\_\_  
Цифровая или собственноручная подпись

\_\_\_\_\_  
Дата