



Department of Building Inspection

語言服務投訴表

此表格的目的是記錄有關提供語言服務的投訴。請填妥此表格，連同其他相關文件送交 Communications, Department of Building Inspection, 1660 Mission Street, San Francisco, CA 94103 or email dbicustomerservice@sfgov.org.

今天日期	__/__/__(月/日/年)	
姓名		
聯繫資訊	電子郵箱:	電話:
	郵寄地址:	

投訴詳細			
事件日期	__/__/__(月/日/年)	時間 (如知悉)	<input type="checkbox"/> 上午__時 <input type="checkbox"/> 下午__時
部門			
地址			
語言服務問題 (勾選所有適宜的事項)	<input type="checkbox"/> 1. 我沒有被告知關於我享有要求提供語言服務的權利 <input type="checkbox"/> 2. 缺乏翻譯表格/書面資料或公佈文件 <input type="checkbox"/> 3. 缺乏雙語職員以我的語種為我提供協助 <input type="checkbox"/> 4. 缺乏我的語種的錄製電話訊息 <input type="checkbox"/> 5. 低質傳譯服務/低質翻譯文件 <input type="checkbox"/> 6. 獲取我的語種服務有所拖延 <input type="checkbox"/> 7. 其他 (請詳述) _____		
你需要獲得協助的是甚麼語言?	<input type="checkbox"/> 粵語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 俄羅斯語 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述) _____ <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 越南語		
投訴描述 (如有需要，請另附紙張)			
	需另附紙張嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

填表協助		
是否有人協助你完成此表?	<input type="checkbox"/> 是 (請填寫以下資訊) <input type="checkbox"/> 否 (請留空)	
協助經由	姓名	部門/機構
聯繫資訊	電子郵箱:	電話:
	郵寄地址:	