

# California Department of Education

## 언어 서비스 불만 양식

이 양식을 사용하여 California Department of Education 에서 제공하는 언어 서비스와 관련된 불만을 기록하십시오. 이 양식과 관련 서류를 평등한 기회 담당실로 보내주십시오(팩스 #: 916-324-9818, 이메일: [oeoinfo@cde.ca.gov](mailto:oeoinfo@cde.ca.gov) 또는 우편: 1430 N Street, Suite 4206; Sacramento, CA 95814)

1. 연락처 정보	
성명:	
주소:	
전화번호:	
이메일:	

2. 세부 불만내역	
사건 날짜:	
부서/지점:	
위치 또는 주소:	
언어 이용 문제:	(해당되는 곳에 모두 체크하세요) <input type="checkbox"/> 통역 서비스가 제공되지 않음 <input type="checkbox"/> 이용 가능한 번역 자료 부족 <input type="checkbox"/> 서비스가 제 때 제공되지 않음 <input type="checkbox"/> 기타: _____
지원이 필요한 언어는 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 타갈로그어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타: _____
사건/문제의 간략한 설명: 필요 시 추가 페이지를 첨부하십시오. (각 추가 페이지에 이름을 기입하십시오)	

4. 해결방안	
귀하와 California Department of Education 이 해당 문제를 어떻게 해결하려 했습니까? 구체적으로 기입해 주십시오. 필요 시 추가 페이지를 첨부하십시오. (각 추가 페이지에 이름을 기입하십시오)	
본인은 상기 불만 설명 및 추가 페이지가 본인이 알고 있는 한 사실임을 확인합니다. 본인의 연락처 정보가 변경될 경우 CDE 에 통보할 것에 동의합니다.	
서명: _____	날짜
(월/일/년도) _____	(불만을 제기하는 사람)

이 상자 안에는 기입하지 마십시오. 평등한 기회 담당실 작성란:

<b>Date/Time Received:</b>	
<b>Log Number</b>	
<b>Action Taken/Resolution:</b>	
<b>Date of Resolution</b>	
<b>OEO Staff Person:</b>	
<b>Phone:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Any Additional Information</b>	