

## Լեզվական ծառայությունների վերաբերյալ բողոքի ձևը և բողոքի ներկայացման գործընթացը

Կալիֆոռնիա նահանգի քաղաքականությունն է՝ հանրությանը ծառայություններ մատուցել անգլերենից տարբեր լեզուներով, ինչպես պահանջվում է «Դիմալի-Ալատորեի երկլեզու ծառայությունների մասին» օրենքով («Օրենք»):

Վերականգնման դեպարտամենտը (Department of Rehabilitation, DOR) տեղում ունի մի քանի երկլեզու ռեսուրսներ, որոնք նախատեսված են DOR-ի ծառայությունները հասարակության անդամներին և DOR-ի սպառողներին անգլերենից տարբեր լեզուներով մատուցելու համար, ինչպես պահանջվում է Օրենքով: Օրինակ՝ DOR-ում աշխատում են անձնակազմի շատ անդամներ, ովքեր, անգլերենից բացի, վկայագրված տիրապետում են նաև զանազան այլ լեզուների: DOR-ն ունի հեռախոսային թարգմանության հասանելի ծառայություն, որը բանավոր թարգմանություն է տրամադրում անգլերենից տարբեր լեզուներով: DOR-ը մասնագիտական վերականգնման ծառայությունների մատուցման վերաբերյալ նյութերը թարգմանում է DOR-ի սպառողների շրջանում առավել հաճախակի գործածվող վեց լեզուներով: և DOR-ը կարող է, անհրաժեշտության դեպքում, տրամադրել ամերիկյան ժեստերի լեզվի թարգմանչական ռեսուրսներ:

DOR-ը կձեռնարկի ողջամիտ միջոցներ, որպեսզի լուծում տա DOR-ի Քաղաքացիական իրավունքների վարչությանը ներկայացված լեզվական ծառայությունների վերաբերյալ բողոքներին: Բողոք ներկայացնելու համար խնդրում ենք լրացնել այս ձևը: Ձևում պահանջվող տեղեկությունները DOR-ին կօգնեն ուսումնասիրել բողոքն ու միջոցներ ձեռք առնել բողոքին լուծում տալու ուղղությամբ: Այս ձևը կարելի է ներկայացնել ԱՄՆ փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով, և այն պետք է ներկայացվի հետևյալ հասցեով՝

Department of Rehabilitation  
Office of Civil Rights  
Bilingual Language Coordinator  
P.O. Box 944222  
Sacramento, California 94244-2220

Ֆաքս՝ (916) 558-5851  
Էլփոստ՝ [Civil.Rights@dor.ca.gov](mailto:Civil.Rights@dor.ca.gov)

## Լեզվական ծառայությունների վերաբերյալ բողոքի ձև

Կարող եք լեզվական ծառայությունների վերաբերյալ բողոքների կամ բողոքի ներկայացման գործընթացի մասին հարցերն ուղղել DOR-ի Քաղաքացիական իրավունքների վարչությանը՝ զանգահարելով (916) 558-5850 կամ էլեկտրոնային նամակ ուղարկելով [Civil.Rights@dor.ca.gov](mailto:Civil.Rights@dor.ca.gov) հասցեով:

Ձե՛ր ԱՆՈՒՆԸ	Ձե՛ր ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ
ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ, ՈՐՈՎ ԼԱՎԱԳՈՒՅՆՍ ԿԱՐԵԼԻ Է ԿԱՊ ՀԱՍՏԱՏԵԼ ՁԵԶ ՀԵՏ	ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՅԵ	ՔԱՂԱՔ
ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ
Ինչ-որ մեկը ներկայացնու՞մ է այս բողոքը Ձեր անունից: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	
Եթե «Այո», նշեք նրա ԱՆՈՒՆԸ	ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ
ԲՈՂՈՔԻ ԲՆՈՒՅԹԸ (խնդրում ենք ընտրել ներքևի ցանկից)	
<p>Ի՞նչն էր խնդիրը: Այս բաժնում նշեք բոլոր կիրառելի վանդակները:</p> <p><input type="checkbox"/> Ինձ մերժել են բանավոր թարգմանիչ տրամադրել հետևյալ լեզվով՝</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Բանավոր թարգմանչի (թարգմանիչների) հմտությունները լավ մակարդակի չէին (նշեք բանավոր թարգմանչի անունը, եթե այն հայտնի է, և անհրաժեշտ ոչ անգլերեն լեզուն)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ես չեմ ստացել ինձ հասկանալի ոչ անգլերեն լեզվով թարգմանված նյութեր (նշեք լեզուն և հարկավոր փաստաթուղթը (փաստաթղթերը), եթե հայտնի է)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ես լեզվական արգելքի պատճառով ի վիճակի չեի օգտվել ծառայություններից, ծրագրերից կամ միջոցառումներից</p>	

Լեզվական ծառայությունների վերաբերյալ բողոքի ձև

Այլ (պարզաբանեք ստորև)

**Խնդրում ենք ստորև նշել կոնկրետ թվականը, DOR-ի գրասենյակի տեղը, DOR-ի աշխատակցի անունը, եթե հայտնի է, և համառոտ նկարագրել պատահածը:**

Խնդրի առաջացման թվականը՝ ամիս՝ \_\_\_\_\_ օր՝ \_\_\_\_\_ տարի՝ \_\_\_\_\_

DOR-ի գրասենյակը, որտեղ առաջացել էր խնդիրը՝ \_\_\_\_\_

DOR-ի մասնակից աշխատակցի անունը, եթե կիրառելի է՝  
\_\_\_\_\_

Համառոտ նկարագրեք, թե ինչ է տեղի ունեցել.

Ինչպե՞ս Դուք և (կամ) DOR-ը փորձեցիք լուծել խնդիրը: Խնդրում ենք լինել հնարավորինս կոնկրետ:

*Ես հաստատում եմ, որ իմ բողոքի շարադրանքը, որը ներկայացված է վերևում և կցված էջերում, ճշմարիտ է այնքանով, որքանով ես տեղյակ և համոզված եմ:*

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԹՎԱԿԱՆ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏ)