俄勒岡州司法部

多語言法庭服務

投訴表格

填寫並**提交**本表格**或**寄電子郵件至 Court.Interpreter.Program@ojd.state.or.us **或**傳真至 503-961-7636 **或**郵寄至 1163 State Street, Salem, OR 97301

如果您不能讀寫英文，法庭口譯員服務處可以為您提供口譯員，用您的語言跟您溝通。

投訴人個人信息

被拒絕多語言法庭服務的個人：

姓名：_____ _____ _____
名 中間名 姓

電話號碼：_____ _____
住宅 手機

郵寄地址：_____ _____ _____ _____
郵箱號碼或街道地址 城市 州 *Zip*

電子郵件地址：_____

您是否是為別人填寫本投訴書？如果是，請提供*您自己的*信息：

姓名：_____ _____ _____
名 中間名 姓

電話號碼：_____ _____
住宅 手機

郵寄地址：_____ _____ _____ _____
郵箱號碼或街道地址 城市 州 *Zip*

電子郵件地址：_____

投訴細節

提交投訴的原因

法庭沒有提供口譯員

口譯員不能說我的語言

口譯員沒有準確地翻譯

因為我的英文能力有限，法庭限制或拒絕提供俄勒岡州司法部 (OJD) 支持的項目、活動或服務

法庭沒有及時提供關鍵、有時限或需要回覆之文件的翻譯

其他

發生了什麼事情？ *詳細說明您的投訴。盡可能提供更多的細節。*

如果有需要，請繼續至第 5 頁。

這是什麼時候發生的？如果是持續發生的事情，請說明是何時開始的。*如果發生在不止一天，請列出所有的日期。*

請說明是否有別人可能看見或聽到當時發生的事情。*如果您不知道他們的姓名，請盡可能提供其他細節。*

姓名：_____ _____ _____
名 中間名 姓

電話號碼：_____ _____
住宅 手機

郵寄地址：_____ _____ _____ _____
郵箱號碼或街道地址 城市 州 *Zip*

電子郵件地址：_____

如果有需要，請繼續至第 5 頁。

法庭信息

法庭名稱和/或郡名稱：_____

地址：_____ _____ _____ _____
街道地址 城市 州 *Zip*

您的案件號碼：_____

是否有其他情況您希望我們了解或加以考慮？

如果有需要，請繼續至第 5 頁。

如果有需要，請繼續至第 5 頁。

請保留本投訴書的一個副本，自己存檔。