



Office of the Bronx County District Attorney Language Access Complaint Form

Name _____

Today's date _____

Phone number _____

Time of the incident _____

Date of the incident _____

Department where the incident occurred _____

Please Describe the Incident:

I certify that this statement is true to the best of my knowledge

Signature: _____

Date: _____

(Person making the complaint)

Please submit this form via email or mail to hernandezki@bronxda.nyc.gov, 198 East 161st Street, Bronx NY 10451 Phone: 718-838-6505



Formulario de queja sobre el acceso lingüístico del Condado de Bronx

Nombre del cliente_____

Fecha de hoy_____

Número de teléfono_____ Hora del incidente_____ Fecha del incidente_____

Departamento donde ocurrió el incidente_____

Nombre de la persona que le ayuda a completar este formulario_____

Describa el incidente:

Certifico que esta declaración es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: _____

(Persona que presenta la queja)

Envíe este formulario por correo electrónico o por correo postal, hernandezki@bronxda.nyc.gov,
198 East 161st Street, Bronx, NY 10451 Teléfono: 718-838-6505



نموذج شكوى بشأن الوصول إلى الخدمات اللغوية بمقاطعة مونرو

اسم العميل _____ تاريخ اليوم _____

رقم الهاتف _____ وقت الحادث _____ تاريخ الحادث _____

الإدارة التي وقع فيها الحادث _____

اسم الشخص الذي يُساعد في إكمال هذا النموذج _____

يُرجى وصف الحادث:

أشهد بأن هذه الإفادة صحيحة على حد علمي

التوقيع: _____ التاريخ: _____

(مقدم الشكوى)

يُرجى تقديم هذا النموذج عن طريق البريد الإلكتروني أو إرساله بالبريد إلى 198 hernandezki@bronxda.nyc.gov East 161st Street, Bronx, NY 10451 رقم الهاتف: 718-838-6505



গ্রাহকের নাম _____

আজকের তারিখ _____

ফোন নম্বর _____

ঘটনার সময় _____

ঘটনার তারিখ _____

যে বিভাগে ঘটনাটি ঘটেছে _____

এই ফর্মটি পূরণ করতে সহায়তাকারী ব্যক্তির নাম _____

অনুগ্রহ করে ঘটনাটি বর্ণনা করুন:

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই বিবৃতিটি আমার জ্ঞান অনুসারে সত্য।

স্বাক্ষর: _____

তারিখ: _____

(অভিযোগকারী ব্যক্তি)



Formulaire de réclamation concernant l'accès aux services linguistiques dans le comté de Bronx

Nom du client _____

Date du jour _____

Numéro de téléphone _____ Heure de l'incident _____ Date de l'incident _____

Service dans lequel l'incident s'est produit _____

Nom de la personne vous aidant à remplir ce formulaire _____

Veillez décrire l'incident :

Je certifie que cette déclaration est exacte à ma connaissance

Signature : _____

Date : _____

(Personne déposant la réclamation)

Veillez envoyer ce formulaire par courriel ou par courrier à l'adresse suivante :

hernandezki@bronxda.nyc.gov, 198 E. 161st Street, Bronx, NY 10451 Téléphone : (718)
838-6505



Fòmilè Plent konsènan Aksè Lang nan Konte Bronx

Non Kliyan an _____

Dat jodi a _____

Nimewo telefòn _____

Lè ensidan an _____

Dat ensidan an _____

Depatman kote ensidan an te fèt la _____

Non moun k ap ede ranpli fòmilè sa a _____

Tanpri dekri ensidan an:

Mwen sètifye deklarasyon sa a se verite epi li egzat selon tout sa mwen konnen

Siyati: _____

Dat: _____

(Moun ki ap pote plent lan)

Tanpri voye fòmilè sa pa imèl oswa lapòs nan hernandezki@bronxda.nyc.gov, 198 East 161st Street, Bronx,
NY 10451 Telefòn: 718-838-6505



Contea di Bronx
Modulo di reclamo per assistenza linguistica

Nome cliente _____

Data odierna _____

N. telefono _____

Ora discriminazione _____

Data discriminazione _____

Dipartimento in cui si è verificata la discriminazione _____

Nome della persona che assiste nella compilazione del presente modulo _____

Descrizione della discriminazione:

Certifico che la presente dichiarazione è veritiera, per quanto di mia conoscenza

Firma: _____

Data: _____

(Persona che avanza il reclamo)

Inviare il presente modulo tramite posta o email a hernandezki@bronxda.nyc.gov, 198 East 161st Street, Bronx, NY 10451 Tel: 718-838-6505



민원 양식

고객 이름_____

오늘 날짜_____

전화번호_____ 사건 발생 시간_____ 사건 발생 날짜_____

사건이 발생한 부서_____

이 양식을 작성하도록 도와주는 사람의 이름_____

아래에 해당 사건에 대해 설명해 주십시오.

본인은 본인이 아는 한 위 진술이 진실임을 보장합니다

서명: _____

날짜: _____

(민원인)

이 양식을 이메일 hernandezki@bronxda.nyc.gov 이나 우편(198 East 161st Street, Bronx, New York 10451)으로 제출하십시오. 전화: 718-838-6505



Okręg Bronx – formularz skargi w sprawie dostępu do języka

Imię i nazwisko klienta _____ Dzisiejsza data _____

Numer telefonu _____ Godzina zdarzenia _____ Data zdarzenia _____

Wydział, w którym miało miejsce zdarzenie _____

Imię i nazwisko osoby asystującej przy wypełnianiu formularza _____

Prosimy opisać zdarzenie:

Potwierdzam, że powyższe oświadczenie jest prawdziwe zgodnie ze stanem mojej wiedzy

Podpis: _____

Data: _____

(Osoba składająca skargę)

Niniejszy formularz należy wysłać na adres hernandezki@bronxda.nyc.gov lub pocztą na adres 198 East 161st Street, Bronx NY 10451 Tel.: 718-838-6505



Bronx 县 语言服务投诉表

客户姓名_____ 今天日期_____

电话号码_____ 事件时间_____ 事件日期_____

事件发生部门_____

协助填写本表的人的姓名_____

请描述该事件：

本人保证，据本人所知，此表中所有的信息均真实准确。

签名：_____

日期：_____

(提出投诉者)

请通过电子邮件提交本表至hernandezki@bronxda.nyc.gov，或通过邮件提交至 198 East 161st Street, Bronx, NY 10451，联系电话：718-838-6505



Bronx 縣 語言服務投訴表

投訴人姓名_____ 今天日期_____

電話號碼_____ 事件時間_____ 事件日期_____

事件發生部門_____

協助填寫本表之人的姓名_____

請描述該事件：

本人保證，據本人所知，此表中所有的資訊均真實準確。

簽名：_____

日期：_____

(提出投訴者)

請透過電子郵件將本表提交至 hernandezki@bronxda.nyc.gov，或透過郵件提交至 198 east 161st Street, Bronx, NY 10451，聯繫電話：718-838-6505



مونرو کاؤنٹی کی لسانی رسائی سے متعلق شکایت کا فارم

کسٹمر کا نام _____ آج کی تاریخ _____

فون نمبر _____ واقعے کا وقت _____ واقعے کی تاریخ _____

محکمہ جہاں یہ واقعہ پیش آیا _____

اس فارم کو مکمل کرنے میں مدد کرنے والے شخص کا نام _____

براہ کرم واقعے کی وضاحت کریں:

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ بیان میری بہترین معلومات کے مطابق درست ہے۔

دستخط: _____ تاریخ: _____

(شکایت کرنے والا شخص)

براہ کرم یہ فارم بذریعہ ای میل یا درج ذیل پتہ پر بذریعہ ڈاک جمع کرائیں: hernandezki@bronxda.nyc.gov

718-838-7092 : 198 50 - East 161st Street, Bronx, NY 10451



קאונטי שפראך צוטריט קלאגע בויגן

קאסטומער נאמען _____ היינטיגע דאטום _____

טעלעפאן נומער _____ צייט פון פאסירונג _____ דאטום פון פאסירונג _____

אפטיילונג וואו דער פאסירונג האט פאסירט _____

נאמען פון מענטש וואס העלפט צו אויספילן דעם בויגן _____

ביטע שילדערט דעם פאסירונג:

איך באשטעטיג אז די דערקלערונג איז אמת לויט מיין בעסטע וויסן

אונטערשריפט: _____ דאטום: _____

(מענטש וואס מאכט די קלאגע)

ביטע געבט אריין די בויגן דורך אימעיל אדער שיקט צו hernandezki@bronxda.nyc.gov, 198 East 161st Street
718-838-6505, טעלעפאן Bronx, NY 10451