



TOWN OF CARRBORO • NC

Language Access Formal Complaint Form

The Town of Carrboro is committed to providing equal access to Town services to individuals with limited English proficiency (LEP).

Complete this form to file a language access complaint or to allege noncompliance with the Town of Carrboro Language Access Plan. All complaints should be submitted within 30 days after the alleged violation. The Town will conduct a thorough investigation of your concerns and attempt to resolve the issue within 30 days of receipt of your complaint.

All general questions or concerns about the Town’s Language Access Plan should be sent to the Communication & Engagement Department at communications@carrbornc.gov

Complainant Information

*Required

*Name: _____

*Address: _____

*City: _____ *State: _____ *Zip: _____

*Telephone: _____

*Email: _____

*How do you prefer we contact you? (Choose one)

- Email
- Phone
- Mail (using address provided above)

*What language do you prefer to communicate in? _____

*Do you require language interpretation? If so, what language? _____

Complaint

*Date of incident: _____ *Location of incident: _____

*Nature of complaint:

- Failure to prominently display language access information in waiting/reception areas.
- Failure or refusal to identify your language needs.
- Failure to provide interpretation, translation or other language service.
- Discrimination based on limited English proficiency.



Other violation of the Language Access Plan policy.

Explain: _____

*Did staff offer interpretation and/or translation services?

Yes

No

*Did you alert staff of your language preference or the need for language services?

Yes

No

*Please describe what happened (attach more LEP pages if needed):

For Town Staff Filing Verbal Complaints Only:

If you are filling out this form on behalf of an LEP individual, please provide the following information:

Date Complaint Received: _____

Staff Name: _____

Department: _____

Staff Phone Number: _____

*Complainant Signature: _____

*Date: _____

By submitting this form, you acknowledge that submission does not constitute filing of charges and certify that all information is accurate to the best of your knowledge.

For Department Use Only

Date Received: _____

Action Taken: _____





Burmese

ဘာသာစကားအသုံးပြုခွင့် တရားဝင်တိုင်ကြားမှုပုံစံ

ချာပါဟေးမြို့သည် အင်္ဂလိပ်စာ(ကန့်သတ်မှု) မကျွမ်းကျင်သောသူ LEP များသည် မြို့ဝန်ဆောင်မှုများသို့ တူညီစွာဝင်ရောက်ခွင့်ပေးရန် ကတိပြုပါသည်။

ဘာသာစကားဝင်ရောက်ခွင့်တိုင်ကြားချက်ကို တိုင်ကြားရန် သို့မဟုတ် ခါဘိုရှိမြို့ ဘာသာစကားအသုံးပြုခွင့် အစီအစဉ်ကို မလိုက်နာကြောင်း စွပ်စွဲရန် ဤဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပါ။ တိုင်ကြားချက်အားလုံးကို ချိုးဖောက်သည်ဟု စွပ်စွဲပြီး ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်း တင်သွင်းသင့်ပါသည်။ မြို့ သည် သင့်စိုးရိမ်မှုများကို စေ့စေ့စပ်စပ်စုံစမ်းစစ်ဆေးပြီး သင့်တိုင်ကြားချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်း ပြဿနာကို ဖြေရှင်းရန် ကြိုးပမ်းမည် ဖြစ်သည်။

မြို့၏ဘာသာစကားသုံးစွဲမှုအစီအစဉ် အကြောင်း အထွေထွေမေးခွန်းများ သို့မဟုတ် စိုးရိမ်ပူပန်မှုများအားလုံးကို ဆက်သွယ်ရေးနှင့် ထိတွေ့ဆက်ဆံမှုဌာနသို့ communications@carrboronc.gov ပေးပို့သင့်သည်။

တိုင်ကြားသူအချက်အလက်

*လိုအပ်သည်

*အမည် : _____

*လိပ်စာ : _____

*မြို့ : _____ *ပြည်နယ် : _____ *Zip: _____

*ဖုန်း : _____

*အီးမေးလ် : _____

*ကျွန်ုပ်တို့သင့်အားဆက်သွယ်ရန် သင့်အတွက်အကောင်းဆုံးလမ်းသည်အဘယ်နည်း? (တစ်ခုရွေးချယ်ပါ)

- အီးမေးလ်
- ဖုန်း
- စာပို့ခြင်း (အထက်ဖော်ပြပါလိပ်စာကို အသုံးပြုခြင်း)

*သင်အားဆက်သွယ်ရန် မည်သည့်ဘာသာစကားနှင့်ဆက်သွယ်လိုပါသနည်း? _____

*သင်ဘာသာ စကားပြန်လိုအပ်ပါသလား ? လိုအပ်ပါက၊ မည်သည့်ဘာသာစကားလဲ ? _____

တိုင်ကြားခြင်း

*ဖြစ်ပေါ်လာသည့်ရက်စွဲ : _____ *ဖြစ်ပေါ်လာသည့်နေရာ : _____

*တိုက်ကြားမှု၏သဘောသဘာဝ :

- စောင့်ဆိုင်းခြင်း/ညှော့ခံနေရာများတွင် ဘာသာစကားဝင်ရောက်ခွင့်အချက်အလက်ကို ထင်ရှားစွာပြသရန် ပျက်ကွက်ခြင်း။
- သင့်ဘာသာစကားလိုအပ်ချက်များကို ခွဲခြားသတ်မှတ်ရန် ပျက်ကွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုခြင်း
- ဘာသာပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုပေးရန် ပျက်ကွက်ခြင်း
- အင်္ဂလိပ်စာကျမ်းကျင်မှု အကန့်အသတ်အပေါ် အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း
- ဘာသာစကားအသုံးပြုအစီအစဉ်မူဝါဒနှင့် အခြားချိုးဖောက်မှုများ ရှင်းပြခြင်း : _____

* ဝန်ထမ်းများသည် စကားပြန်နှင့်/သို့မဟုတ် ဘာသာပြန်အကူအညီများပေးပါသလား?

- ပေးသည်
- မပေးပါ

*သင့်ဘာသာစကား ဦးစားပေးမှု သို့မဟုတ် ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများအတွက် လိုအပ်ကြောင်း

ဝန်ထမ်းများအား သင်သတိပေးခဲ့ပါသလား ?

- သတိပေးသည်
- သတိမပေးပါ

*ဖြစ်ပျက်ခဲ့သည့်အရာများကို ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပေးပါ (လိုအပ်ပါကနောက်ထပ်စာမျက်နှာများကိုပူးတွဲ တင်ပြပါ) :

မြို့နယ်ဝန်ထမ်းများအတွက်နှုတ်ဖြင့်တိုင်ကြားစာတင်ခြင်း :

အကယ်၍သင်သည် LEP တစ်ဦးချင်းစီကိုယ်စားဤဖော်ပြချက်ကိုဖြည့်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက် များကိုပေးပါ :

တိုက်ကြားချက် လက်ခံရရှိသည့်နေ့စွဲ : _____

ဝန်ထမ်းအမည် : _____

ဌာန : _____

ဝန်ထမ်းဖုန်းနံပါတ် : _____

*တိုင်ကြားသူလက်မှတ် : _____

*ရက်စွဲ : _____

ဤဖောင်ကို တင်သွင်းခြင်းဖြင့်၊ တင်သွင်းမှုသည် စွဲချက်တင်ခြင်းမပါဝင်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပြီး အချက်အ လက်အားလုံးသည် သင့်အသိပညာအတွက် အကောင်းဆုံးဖြစ်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

ဌာနအတွက်သာအသုံးပြုရန်

ရရှိသောရက်စွဲ : _____

အရေးယူထားခြင်း : _____

