



**STATE OF CALIFORNIA – GOVERNOR GAVIN NEWSOM
LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY
CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD**

California Unemployment Insurance Appeals Board (C. U. I. A. B.) 语言/ 沟通援助解决流程

如果您认为由于语言（英语水平有限）或其他沟通差异而令您的需求无法得到满足，C. U. I. A. B. 将提供额外的语言或沟通援助，以帮助您获得您所请求的信息或服务。

如果您需要帮助，请采取以下步骤。

请致电我们的南加州语言服务联络人 Anissa Bell（电话号码：714-562-5595）或我们的北加州语言服务联络人 Mirella Gomez（电话号码：916-263-8760）。她们将尽一切努力为您提供帮助。

或者，您也可以以书面形式提交您的疑虑，并将其邮寄至南加州语言联络处，地址为：

California Unemployment Insurance Appeals Board

Attn: Anissa Bell

6 Centerpointe Drive, 4th Floor

La Palma, CA 90623

或北加州语言联络处，地址为：

California Unemployment Insurance Appeals Board

Attn: Mirella Gomez

2400 Venture Oaks Way, Suite 400

Sacramento, CA 95833

请提供以下信息：

1. 您的姓名、案件号、地址和电话号码（或短信号码）。
2. 寻求服务的日期和服务地点。
3. 您所寻求的服务的描述。

C. U. I. A. B. 将尽量在收到后五（5）个工作日内解决您的问题。



**STATE OF CALIFORNIA – GOVERNOR GAVIN NEWSOM
LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY
CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD**

Southern California Language Liaison, Anissa Bell
6 Centerpointe Drive, 4th Floor
La Palma, CA 90623

电子邮箱: Anissa.Bell@C.U.I.A.B..ca.gov
电话: 714-562-5595 传真: 714-562-5599

Northern California Language Liaison, Mirella Gomez
2400 Venture Oaks Way, Suite 400
Sacramento, CA 95833

电子邮箱: Mirella.Gomez@C.U.I.A.B..ca.gov
电话: 916-263-8760

California Unemployment Insurance Appeals Board (C. U. I. A. B.) 语言协助投诉表

如果您认为由于语言（英语水平有限）或其他沟通差异而令您的需求无法得到满足，C. U. I. A. B. 将提供额外的语言或沟通援助，以帮助您获得您所请求的信息或服务。

请打印表格并用蓝色或黑色墨水签署表格，然后邮寄、传真或发送电子邮件至上述相应联络人。

投诉人：

案件号（如果有）：

名： 姓：

街道地址：

城市、城镇或村庄：

州： 邮政编码：

首选语言：

电子邮箱地址（如果有）：

手机号码： 其他电话号码：

是否有其他人帮助您提出此投诉？ 有 没有 如果回答“有”，请提供帮助者的：

名： 姓：

需要投诉的问题是什么？请勾选所有适用的方框并在下方进行解释。

- 没有为我提供口译员
- 我要求口译员但遭到拒绝
- 口译员或笔译员的技能不佳（如果知道其姓名，请在下方列出）
- 口译员有粗鲁或不恰当的言论
- 服务时间太长（请在下方解释）
- 我没有收到以我能理解的语言提供的表格或通知
(请列出所需文件)：
- 我无法使用服务、计划或活动（请在下方解释）
- 其他——请解释：

问题是什么时候发生的？日期（月/日/年）： 时间： 上午 下午

发生问题的地方在哪里？

请描述发生了什么。请具体说明。如有需要，请另附页面。在每张纸上清晰写上您的名字。请列出所需的语言、服务和文件。描述应包括涉事人员的姓名、地址和电话号码（如果知道）。

您是否向部门/机构的任何人投诉过？向谁投诉？回应是什么？请具体说明。

我保证，尽本人所知所信，本声明属实。

签名：_____ 日期：_____

(投诉人)

请勿在此框中书写。仅限工作人员用途。

Date: _____ Reviewer: _____

Resolution: