



**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.)**

**語言/溝通援助解決流程**

如果您認為您的需要因語言（英語能力有限）或其他溝通問題未能得到滿足，C.U.I.A.B. 會為您提供額外的語言或溝通協助，以幫助您獲得您所要求的資訊或服務。

如果您需要協助，請執行以下步驟。

請致電我們南加州語言服務的聯絡人 Anissa Bell（電話號碼 714-562-5595）或我們北加州語言服務的聯絡人 Mirella Gomez（電話號碼 916-263-8760）。他們將盡一切努力為您提供幫助。

您或者可以以書面形式提交您的疑問，並將其郵寄至南加州語言聯絡處：

California Unemployment Insurance Appeals Board

Attn: Anissa Bell

6 Centerpointe Drive, 4<sup>th</sup> Floor

La Palma, CA 90623

或北加州語言聯絡處：

California Unemployment Insurance Appeals Board

Attn: Mirella Gomez

2400 Venture Oaks Way, Suite 400

Sacramento, CA 95833

請提供以下資訊：

1. 您的姓名、案件編號、地址和電話號碼（或留言號碼）。
2. 所請求服務的日期和地點。
3. 描述您所要求的服務。

CUIAB 會盡力在收到申請後的五 (5) 個工作天內解決您的問題。



**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, 4<sup>th</sup> Floor  
La Palma, CA 90623**

**電子郵件：** [Anissa.Bell@cuiab.ca.gov](mailto:Anissa.Bell@cuiab.ca.gov)

**電話：** 714-562-5595 **傳真：** 714-562-5599

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

**電子郵件：** [Mirella.Gomez@cuiab.ca.gov](mailto:Mirella.Gomez@cuiab.ca.gov)

**電話：** 916-263-8760

**California Unemployment Insurance Appeals Board (C.U.I.A.B.)**

**語言准入投訴表**

如果您認為您的需要因語言（英語能力有限）或其他溝通問題未能得到滿足，C.U.I.A.B. 會為您提供額外的語言或溝通協助，以幫助您獲得您所要求的資訊或服務。

請以列印文件并用藍色或黑色墨水筆簽署表格，然後郵寄、傳真或以電郵方式發送至上述相應聯絡人。

---

---

**投訴人：**

案件編號（如有）：

名：

姓：

街道地址：

城市、城鎮或村莊：

狀態：

郵政編碼：

首選語言：

電子郵件地址（如有）：

電話號碼：

其他電話號碼：

是否有其他人幫助您提出此投訴？ 是 否

如果選擇「是」，請提供他們的資料，其中包括：

名字：

姓氏：

---

---

**問題緣由？** 選中所有適用項並在下面進行解釋。

- 沒有為我提供口譯員
  - 我申請翻譯員的請求遭到拒絕
  - 口譯員或筆譯員的業務能力不佳（如適用，請在下面列出他們的姓名）
  - 口譯員作出粗魯或不恰當的評論
  - 服務等候時間太長（請在下面解釋）
  - 我沒有收到以我能理解的語言提供的表格或通知  
（列出所需文件）：
  - 我無法使用服務、節目或活動（請在下面說明）
  - 其他 - 解釋：
- 
- 

**事件甚麼時候發生？** 日期（月/日/年）： 時間： 上午 下午

**事件發生地點？**

**描述事情經過。** 請具體說明。根據需要使用附加頁面。在每張紙上列印您的名字。列出所需的語言、服務和文件。包括相關人員的姓名、地址和電話號碼（如適用）。

---

---

**您是否曾向部門/機構的任何人投訴過？從誰得到了甚麼的回覆？請具體說明。**

---

---

據本人所知及所信，在此的各項資料全屬真實無訛，特此聲明。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

( 投訴人 )

---

---

不要在此框中書寫。僅限工作人員使用。

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_

Resolution: