

ພະແນກບໍລິການມະນຸດຂອງ RI
ຫ້ອງການຫວັງໄພະແນກ
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920

ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໂທຫາ (401) 415-8500 (ສົງ)
TDD (401) 462-6239 ຫຼື Relay Rhode Island 1-800-745-6575

**ແບບຟອມການຮ້ອງຮົບເລື່ອງການ
ເລືອກປະຕິບັດ**

ຜູ້ຮ້ອງຮົບ: _____

ທີ່ຢູ່: _____

ເມືອງ, ລັດ & ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ເບີໂທລະສັບ: ເຮືອນ: _____

 ອື່ນໆ: _____

ການຮ້ອງຮົບຍື່ນໃດຍ: _____
(ຕົວເອງ ຫຼື ຕົວແທນ)

ເບີໂທລະສັບ: ບ່ອນເຮັດວຽກ: _____

 ອື່ນໆ: _____

ພວກເຮົາສາມາດໂທຫາທ່ານຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກໄດ້ບໍ່? (ໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ)

ໄດ້ ບໍ່ໄດ້

ຖ້າທ່ານມີຕົວແທນ, ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງສຳເນົາຂອງທຸກການພົວພັນສື່ສານ
ໃນອະນາຄົດຫາບຸກຄົນນັ້ນບໍ່? (ໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ)

ແມ່ນ ບໍ່

ບຸກຄົນຫຼືໜ່ວຍງານຜູ້ທີ່ຖືກກ່າວຫາວ່າເລືອກ
ປະຕິບັດຕໍ່ກັບຜູ້ຮ້ອງຮ້ອນ:

ຊື່: _____

ສະຖານທີ່ທີ່ຮ້ອງການ: _____

ໂຄງການ (R.I. Works, SNAP, Medicaid, Rehabilitation, ແລະອື່ນໆ): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ມີການກ່າວຫາວ່າຜູ້ຮ້ອງຮ້ອນຖືກເລືອກປະຕິບັດເນື່ອງຈາກ
(ໝາຍເອົາທຸກອັນທີ່ຖືກຕ້ອງ)

ເຊື້ອຊາດຫຼືສີຜິວ: ເພດ: ປະເທດກໍາເນີດ: ຄວາມພິການ:

ອາຍຸ: ສາສະໜາ: ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ:

ການບໍລິການດ້ານການເຂົ້າເຖິງພາສາ: _____

ວັນທີ່ການເລືອກປະຕິບັດທີ່ຖືກກ່າວຫາເກີດຂຶ້ນ: _____

ກະລຸນາອະທິບາຍການເລືອກປະຕິບັດທີ່ຖືກກ່າວຫາແລະມັນມີຜົນກະທົບແນວໃດ
ຕໍ່ກັບຜູ້ຮ້ອງຮ້ອນ. ຕິດຄວບຄຸມຈາກເພີ່ມເຕີມຖ້າຈາກເປັນ.

ຜູ້ຮ້ອງຮ້ອນກໍາລັງຮັບຮ້ອງເອົາການແກ້ໄຂແນວໃດ?

ການຮ້ອງຮົບນີ້ໄດ້ຂຶ້ນນຳໜ້າໜ່ວຍງານຫຼືສານຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ ນ ແມ່ນບໍ່?

(ໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ)

ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າແມ່ນ, ໜ່ວຍງານ ຫຼື ສານໃດ: _____

ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງໜ່ວຍງານ ຫຼື ສານ: _____

ຜູ້ຮ້ອງຮົບມີເຈດຕະນາຍື່ນການຮ້ອງຮົບນຳໜ້າໜ່ວຍງານອື່ນອີກບໍ່?

(ໜ່ວຍເອົາອັນໜຶ່ງ)

ແມ່ນ ບໍ່

ໜ່ວຍງານ: _____

ລາຍເຊັນ: _____

(ຜູ້ຮ້ອງຮົບ)

ວັນທີ: _____

ສຳນັກງານໄປສະນີ:

Community Relations Liaison Officer
RI Department of Human Services
206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907