

고객 불만 양식

고객 정보:

이름

주소

시 주 우편번호

()
 지역 코드가 있는 전화번호

불만 내용(해당되는 경우):

날짜: _____

시간: _____

위치: _____

직원 이름 음성 표기:

불만과 관련된 프로그램 명시: 함께 근무하는 직원 이름 표기:

이민자 생존 프로그램 _____

법률 오리엔테이션 프로그램

구금 취약자

불만의 속성을 간략하게 설명:

이 문제를 어떻게 해결했으면 좋겠습니까?

ISP의 관리 변호사에게 보고서 전달:

PIRC
 PO Box 20339
 York, PA 17402
 Attn: ISP Managing Attorney