

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACESSIBILIDADE LINGUÍSTICA

Você tem direito aos serviços gratuitos de tradução e interpretação de informações em tempo hábil. Use este formulário para relatar qualquer problema que você tenha enfrentado em relação ao acesso aos serviços linguísticos com o Departamento de Serviços Sociais da Califórnia (CDSS).

Envie este formulário por correspondência à Civil Rights Bureau para P.O. Box 944243, MS 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430, ou por fax, no número (916) 653-9332. Se tiver alguma dúvida ou preocupação, entre em contato conosco pelo número (916) 654-2107; pela linha direta gratuita 1 (866) 741-6241; ou pelo operador do Serviço de retransmissão da Califórnia em 1 (800) 735-2929.

1. SUAS INFORMAÇÕES DE CONTATO

NOME:		SOBRENOME:	
ENDEREÇO:			
CIDADE:		ESTADO:	CEP:
TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR:		E-MAIL:	

2. DETALHES DA TRADUÇÃO/INTERPRETAÇÃO

Data do incidente: _____

CDSS/Programa: _____

Endereço do escritório: _____

Você sabia que tinha direito aos serviços gratuitos de tradução/interpretação antes deste incidente? Sim Não

Incidente: Pessoalmente Por carta Por e-mail Pelo telefone

Em qual idioma você precisou de assistência? _____

Problema(s) de acesso linguístico:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de equipe bilíngue | <input type="checkbox"/> Falta de formulários/materiais em idiomas além do inglês |
| <input type="checkbox"/> Falta de serviços de tradução/interpretação | <input type="checkbox"/> Falta de placas informando o público sobre os serviços de tradução/interpretação |
| <input type="checkbox"/> Atraso para receber os serviços de tradução/interpretação | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Qualidade dos serviços de tradução/interpretação | |

Breve descrição do incidente (anexe mais páginas, se necessário):

3. ASSISTÊNCIA COM O FORMULÁRIO

Alguém ajudou você a preencher este formulário? Sim (preencha as informações abaixo) Não (em caso negativo, deixe em branco)

NOME:		SOBRENOME:	
ORGANIZAÇÃO:			
TELEFONE:		E-MAIL:	

Certifico que esta declaração é verdadeira, segundo meu pleno conhecimento.

ASSINATURA:	DATA:
-------------	-------

This form may be translated in another language upon request.

Declaração de privacidade

A Lei de prática de informações de 1977 (Código civil da Califórnia, parágrafo 1798.1, et. seq.) e a Lei federal de privacidade de 1974 (Título V, Código dos Estados Unidos, parágrafo 552a, et. seq.) exigem que este aviso seja dado durante a coleta de informações pessoais dos indivíduos.

Informações solicitadas no Formulário de reclamação dos serviços de acessibilidade linguística, em conformidade com a Lei Dymally-Alatorre sobre serviços bilíngues e com o Título VI da Lei de direitos civis de 1964. Estas informações são voluntárias. No entanto, a falha ao fornecer informações completas e precisas pode resultar na impossibilidade de o Departamento entrar em contato com o autor da reclamação. Estas informações são usadas para entrar em contato com o autor da queixa somente e/ou para solicitar mais informações.

Não escreva nesta caixa. Somente para uso do departamento

REVIEWER:	PHONE:	DATE:
FINDINGS:		
RESOLUTION/CORRECTIVE ACTION(S):		
APPROVAL SIGNATURE BY PROGRAM MANAGER:	DATE:	

Somente para uso da Agência de direitos civis

RECEIVED BY:	DATE:
COMMENTS:	

This form may be translated in another language upon request.