

## FORM NG REKLAMO PARA SA MGA SERBISYO SA PAG-ACCESS NG WIKA

May karapatan ka sa walang bayad na mga serbisyo para sa pagsasalin-wika at pagsasalin ng impormasyon nang nasa oras. Pakigamit ang form na ito upang mag-ulat ng anumang problema sa pag-access ng mga serbisyo sa wika na naranasan mo sa Kagawaran ng Mga Serbisyonang Panlipunan ng California (CDSS).

Ibalik ang form na ito sa pamamagitan ng koreo sa Civil Rights Bureau P.O. Box 944243, MS 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430 o sa pamamagitan ng fax sa (916) 653-9332. Kung mayroon kang anumang mga tanong o alalahanin, tawagan kami sa (916) 654-2107; walang bayad sa 1 (866) 741-6241; o sa pamamagitan ng operator ng Serbisyo ng California sa Mga May Kapansanan sa Pandinig at Pagsasalita sa 1 (800) 735-2929.

### 1. ANG IYONG IMPORMASYON SA PAKIKIPAG-UGNAYAN

PANGALAN:	APELYIDO:	
ADDRESS:		
LUNGSOD:	ESTADO:	ZIP:
NUMERO SA BAHAY O NG CELLPHONE:	EMAIL:	

### 2. MGA DETALYE NG PAGSASALIN-WIKA

Petsa ng Insidente: \_\_\_\_\_

CDSS/Programang: \_\_\_\_\_

Address ng Opisina: \_\_\_\_\_

Alam mo ba na mayroon kang karapatan sa walang bayad na mga serbisyo sa pagsasalin-wika bago ang insidenteng ito?

Oo  Hindi

Insidente:  Personal  Sulat  Email  Sa telepono

Sa anong wika ka nangangailangan ng tulong? \_\_\_\_\_

(Mga) Problema sa Pag-access ng Wika:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kulang ng bilingguwal na tauhan                              | <input type="checkbox"/> Kulang ng mga form o materyales sa mga wika na hindi Ingles                                  |
| <input type="checkbox"/> Kulang ng mga serbisyo sa pagsasalin-wika                    | <input type="checkbox"/> Kulang ng mga karatula na nagsasabi sa publiko ng tungkol sa mga serbisyo ng pagsasalin-wika |
| <input type="checkbox"/> Pagkaantala sa pagtanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin-wika | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____  |
| <input type="checkbox"/> Kalidad ng mga serbisyo sa pagsasalin-wika                   |   |

Maikling Paglalarawan ng Insidente (Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kailangan):

### 3. TULONG SA FORM

May tumulong ba sa pagkumpleto ng form na ito?  Oo (kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba)  Wala (kung wala, iwanang blangko)

PANGALAN:	APELYIDO:	
ORGANISASYON:		
TELEPONO:	EMAIL:	

Pinatutunayan ko na totoo ang pahayag na ito sa abot ng aking kaalaman at paniniwala.

PIRMA:	PETSA:
--------	--------

Maaaring isalin ang form na ito sa ibang wika kapag hiniling.

**Pahayag ng Pagkapribado**

Inaatas ng Batas ng Mga Gawi sa Impormasyon ng 1977 (Kodigo Sibil ng California, seksyon 1798.1, et. seq.) at ng Pederal na Batas ng Pagkapribado ng 1974 (Titulo V, Kodigo ng Estados Unidos, seksyon 552a, et. seq.) na ibigay ang abisong ito kapag kumukuha ng mga personal na impormasyon mula sa mga indibiduwal.

Ang impormasyong hiniling sa form ng Reklamo para sa Mga Serbisyo ng Pag-access sa Wika alinsunod sa Batas ng Mga Bilingguwal na Serbisyo ng Dymally-Alatorre at Titolo VI ng Batas ng Karapatang Sibil ng 1964. Ang impormasyong ito ay ayon sa kusang-loob; gayunpaman, ang kabiguang magbigay ng kumpleto at wastong impormasyon ay maaaring magresulta sa kakulangan ng kakayahan ng Kagawaran na makipag-ugnayan sa nagrereklamo. Ginagamit ang impormasyong ito upang makipag-ugnayan lamang sa nagrereklamo at/o upang humiling ng karagdagang impormasyon.

*Huwag sumulat sa kahon na ito. Gagamitin lamang ng kagawaran*

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

*Gagamitin lamang ng awanihan ng Mga Karapatang Sibil*

REVIEWED BY:	DATE:
COMMENTS:	

Maaaring isalin ang form na ito sa ibang wika kapag hiniling.