

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA RELACIONADA AL ACCESO A SERVICIOS DE IDIOMA

Usted tiene el derecho a recibir servicios de interpretación e información acerca de traducciones de una manera oportuna y sin costo alguno. Por favor use este formulario para reportar cualquier problema con acceso a los servicios de traducción/interpretación que usted haya tenido con el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS).

Envíe este formulario por correo a: Civil Rights Bureau, P.O. Box 944243, MS 8-16-70, Sacramento, CA 94244-2430 o envíelo por fax al (916) 653-9332. Si tiene alguna pregunta o algún asunto a tratar, comuníquese con nosotros al (916) 654-2107; al número gratuito 1 (866) 741-6241; o al operador del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 1 (800) 735-2929.

1. SU INFORMACIÓN DE CONTACTO

PRIMER NOMBRE:	APELLIDO:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO DE SU CASA/CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	

2. DETALLES DE TRADUCCIÓN/INTERPRETACIÓN

Fecha del incidente: _____

CDSS/Programa: _____

Dirección de la oficina: _____

¿Antes de que sucediera este incidente, usted sabía que tenía el derecho a los servicios gratuitos de traducción/interpretación? Sí No

Incidente: En persona Carta Correo electrónico Por teléfono

¿En cuál idioma necesitó ayuda? _____

Problema(s) con acceso de idioma:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de personal bilingüe | <input type="checkbox"/> Falta de formularios/materiales en idiomas aparte del inglés |
| <input type="checkbox"/> Falta de servicios de traducción/interpretación | <input type="checkbox"/> Falta de letreros que informan al público acerca de los servicios de traducción/interpretación |
| <input type="checkbox"/> Demora en recibir servicios de traducción/interpretación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Calidad de servicios de traducción/interpretación | |

Descripción breve del incidente (Adjunte hojas de papel adicionales si es necesario.):

3. AYUDA CON EL FORMULARIO

¿Alguien le ayudó a completar este formulario?

Sí (complete la información a continuación) No (si contestó "No", deje la sección a continuación en blanco)

PRIMER NOMBRE:	APELLIDO:	
ORGANIZACIÓN:		
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

Certifico que esta declaración es verdadera según mi leal saber y entender.

FIRMA:	FECHA:
--------	--------

Este formulario se puede traducir a otro idioma, si es que se solicita.

Declaración sobre la confidencialidad

El Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Sección 1798.1, y siguientes, del Código Civil) y el Decreto Federal de 1974 sobre la Confidencialidad (Sección 552a, y siguientes, del Título V del Código de los Estados Unidos) exigen que se proporcione este aviso cuando se colecciona información personal de individuos.

La información solicitada en el “Formulario para presentar una queja relacionada al acceso a servicios de idioma” es en conformidad con el Decreto de Servicios Bilingües de Dymally-Alatorre y el Título VI del Decreto de 1964 sobre los Derechos Civiles. Esta información es de carácter voluntario; sin embargo, el no proporcionar la información completa y precisa podrá resultar en que el Departamento no pueda ponerse en contacto con la persona que presenta la queja. Esta información se usa solamente para contactar a la persona que presenta la queja o para pedir información adicional.

No escriba en esta sección. Solamente para uso del Departamento

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

Solamente para uso de la Oficina de Derechos Civiles

REVIEWED BY:	DATE:
COMMENTS:	

Este formulario se puede traducir a otro idioma, si es que se solicita.