

Acceso a los Servicios en su Idioma: Formulario de Reclamo

La política del Estado de Nueva York es tomar medidas razonables para superar las barreras del idioma en los servicios y programas públicos. Para hacer esto, nuestra meta es: 1) Hablar con usted en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos vitales en los seis idiomas más importantes, más frecuentemente hablados, además del inglés.

Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a llegar a esa meta. **Toda la información es confidencial.** Por favor escriba en letra de molde y con tinta negra en el formulario. Luego, envíelo por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección indicada más arriba.

| | | | |
|---|---|----------------|--------------------------------------|
| Persona que realiza el reclamo: | Identificación del reclamante # (si está disponible): | | |
| Primer Nombre : | Apellido: | | |
| Calle: | | | |
| Ciudad, pueblo o aldea: | Estado: | Código postal: | |
| Idioma preferido: | Dirección de correo electrónico (si está disponible): | | |
| Teléfono de la casa: | Otro teléfono: | | |
| ¿Alguien más lo está ayudando a presentar este reclamo? | Sí | No | Si la respuesta es 'Sí', incluya su: |
| Primer Nombre : | Apellido: | | |
| ¿Cuál fue el problema? | Marque todas las casillas que correspondan y explique más abajo. | | |
| | No se me ofreció el servicio de un intérprete | | |
| | Pedí el servicio de un intérprete y me fue negado | | |
| | Las habilidades del (los) intérprete(s) o traductor(es) no eran buenas. (Indique sus nombres, si los conoce) | | |
| | El (los) intérprete(s) hizo (hicieron) comentarios descorteses o inapropiados | | |
| | Los servicios demoraron demasiado. (Explique más abajo) | | |
| | No se me entregaron formularios o avisos en un idioma que puedo entender (Indique los documentos necesarios más abajo) | | |
| | No pude utilizar los servicios, programas o actividades (Explique más abajo) | | |
| | Otro. (Explique más abajo) | | |
| ¿Cuándo ocurrió el problema? | Fecha (DD/MM/AAAA): | Hora: | a.m. p.m. |
| ¿Dónde ocurrió el problema? | | | |
| Describa lo que ocurrió. | Por favor sea específico. Utilice las páginas adicionales que necesite. Escriba su nombre en letra de molde en cada hoja. Indique el idioma, los servicios y documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si las conoce. | | |
| | | | |
| ¿Se quejó con alguien más del Departamento/Agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta? | Por favor sea específico. | | |
| | | | |
| Certifico que esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender. | | | |
| Firma: | _____ | | Fecha (DD/MM/AAAA): |
| | (Persona que realiza el reclamo). | | |
| Do not write in this box. For office use only / No escriba en esta casilla. Únicamente para uso de la oficina. | | | |
| Date: | _____ | | |
| Resolution: | Reviewer: _____ | | |