

## 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 imprenta y firme el formulario con tinta negra. Luego, envíelo por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección indicada más arriba.

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