

## 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.

<b>Persona que realiza el reclamo:</b> 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: ( )
<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: Primer Nombre : 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 puedo 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 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.	
<b>¿Se quejó con alguien más del Departamento/Agencia? ¿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: _____	