



ACCESO A LOS SERVICIOS EN SU IDIOMA: FORMULARIO DE QUEJA

El Departamento de la Igualdad del Empleo y de la Vivienda (“DFEH,” por sus siglas en inglés) está plenamente comprometido a que cada persona que acceda a sus servicios los reciba de manera adecuada y oportuna. Este formulario es para ayudarle a quejarse si siente que no recibió servicios adecuados del DFEH en su idioma. Favor de completar y regresarnos este formulario, y cualquier prueba documental que tenga. Lo puede enviar por correo al Departamento de Igualdad en el Empleo y Vivienda, Atención Language Access Coordinator Marisa Becerra-Garcia, 2218 Kausen Drive, Ste. 100, Elk Grove, CA 95758-7178, o por correo electrónico a language.access@dfeh.ca.gov, o por fax al número 1-888-519-5917. Si tiene preguntas o dudas, favor de comunicarse con el coordinador del acceso idiomático a servicios, al número 1-844-821-3465.

Información de contacto:

Nombre: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Idioma de preferencia: _____

Correo electrónico (si está disponible): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo/Celular: _____

¿Le ayudó alguien para completar este formulario? Sí No *En caso de que sí:*

Nombre: _____ Apellido: _____

¿Qué fue el problema? Por favor marque todas las casillas que aplican y explique a continuación.

- No me ofrecieron un intérprete
- Yo pedí un intérprete y me lo negaron
- Las habilidades del intérprete(s) o del traductor(es) no fueron buenas (favor de darnos los nombres del traductor o del intérprete, si lo conoce)
- El intérprete hizo comentarios groseros o inapropiados
- Se tardó demasiado el proceso (favor de explicar, a continuación)
- No me dieron los formularios o avisos en mi idioma (favor de decirnos, en el espacio abajo, la lista de los documentos que usted necesita)
- No pude usar los servicios, programas, o actividades (por favor explíquelo en el espacio siguiente)
- Otro problema (favor de explicar a continuación)

Breve descripción de la queja. Fecha (Mes/Día/Año): _____ Hora: _____ AM PM

Explique lo que sucedió. Por favor sea específico. Use hojas adicionales si es necesario y escriba su nombre en cada página adicional. Favor de decirnos el **idioma**, los **servicios**, y los **documentos** que usted necesitaba. Incluya nombres, direcciones y números telefónicos de las personas afectadas o implicadas, si los conoce.

Yo certifico que esta declaración sobre mi queja, y cada hoja adjuntada, es verídica, según mi leal conocimiento y entendimiento.

Firma: _____ Fecha (Mes/Día/Año):: _____

No escriba en esta casilla. Para uso de oficina solamente

Fecha recibido: _____ Revisor: _____ teléfono: _____

Medidas adoptadas: