

Formato para presentar una queja relacionada con el acceso a idiomas**DS 6022 (Nuevo 07/2015)**

Use este formato para registrar las quejas relacionadas con el acceso a idiomas ante el Departamento de Servicios de Desarrollo (Department of Developmental Services, DDS). Devuelva este formato y cualquier documentación relacionada a Office of Human Rights and Advocacy, Fax: (916) 651-8210; correo electrónico: OHRAS@DDS.CA.GOV; o correo postal a: Department of Developmental Services, Bilingual Coordinator, OHRAS, 1600 Ninth Street, Room 240 (MS 2-15); Sacramento, CA 95814.

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA

NOMBRE:

APELLIDO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO (1):

TELÉFONO (2):

CORREO ELECTRÓNICO:

2. DETALLES DE LA QUEJA (Llena la información siguiente, añade más páginas de ser necesario.)

FECHA DEL INCIDENTE:

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

LUGAR DEL INCIDENTE:
(SEDE/INSTALACIÓN
DEL DDS)
 Sacramento Canyon Springs Sonoma
 Porterville Fairview
DIVISIÓN O UNIDAD DE
SEDE/INSTALACIÓN:PROBLEMAS CON EL ACCESO A
IDIOMAS:
 Falta de letreros para informar al público de los servicios de traducción
 Falta de formatos/materiales en varios idiomas
 Falta de personal bilingüe
 Otro: _____

DÍGANOS SOBRE EL INCIDENTE:

 En persona Por teléfono Por correo electrónico
 Carta Otro: _____
¿EN QUÉ IDIOMA NECESITABA LA
AYUDA?
 Mandarín Cantones Ruso
 Español Tagalog Vietnamita
 Otro: _____
3. AYUDA PARA LLENAR EL FORMATO

¿Alguien le ayudó a llenar este formato?

 Sí (llene la información de abajo) No (si no, déjela en blanco)

NOMBRE:

APELLIDO:

ORGANIZACIÓN:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

PARA USO DEPARTAMENTAL SOLAMENTE

NAME:

DATE:

PHONE:

EMAIL:

ACTION TAKEN: