





## Acceso a servicios en su idioma: Formulario de reclamo

La política del estado de Nueva York consiste en tomar las medidas necesarias para superar las barreras lingüísticas que impidan el acceso a programas y servicios públicos.  
Para cumplir con esta política, nuestro objetivo es: 1) conversar con usted en su idioma y 2) proporcionar los formularios y documentos importantes en los seis idiomas que se utilizan con mayor frecuencia, además del inglés.  
Los comentarios que usted proporcione en este formulario nos ayudarán a lograr ese objetivo. **Toda la información es confidencial.**  
Imprima este formulario y firmelo con tinta negra. Luego, envíelo por correo, fax o correo electrónico a la dirección que se indica más arriba.

**Persona que presenta el reclamo:** Número de identificación del reclamante, si está disponible: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, pueblo o aldea: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico, si está disponible: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la residencia: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

¿Alguien lo está ayudando a presentar este reclamo?  Sí  No

Si la respuesta es 'Sí', informe lo siguiente sobre esa persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan y explique a continuación.

- No se me ofreció un intérprete
- Solicité un intérprete y se me negó
- Las habilidades de los intérpretes o de los traductores no eran adecuadas (mencione los nombres, si los sabe)
- Los intérpretes hicieron comentarios groseros o inapropiados
- Los servicios requirieron demasiado tiempo (explique a continuación)
- No se me proporcionaron formularios o avisos en un idioma que entienda (a continuación, detalle los documentos necesarios)
- No pude utilizar servicios, programas ni realizar actividades (explique a continuación)
- Otro (explique a continuación)

¿Cuándo sucedió el problema? Fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  A. M.  P. M.

¿Dónde sucedió el problema? \_\_\_\_\_

**Describa lo que sucedió.** Sea específico. Si es necesario, utilice más páginas. Escriba su nombre en letra de molde en todas las páginas. Detalle el idioma, los servicios y los documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si los sabe.

¿Le manifestó su reclamo a alguien del departamento o de la agencia? ¿Quién le respondió y cuál fue la respuesta? Sea específico.

**Certifico que la presente declaración es verdadera según mi leal saber y entender.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
(Persona que presenta el reclamo)

**No escriba en este recuadro. Para uso exclusivo de la oficina**

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_  
Resolution: \_\_\_\_\_