

FORMULARIO PARA QUEJA DE SERVICIOS BILINGÜES

El Decreto de Servicios Bilingües de Dymally-Alatorre se estableció como ley en el año 1973 para asegurar que los individuos cuyo primer idioma no es inglés no estén excluidos de información pública y servicios a causa de barreras lingüísticas. Este formulario es proveído para las personas que desean presentar una queja acerca de los servicios bilingües que ofrece el Departamento de Servicios Generales.

INSTRUCCION GENERAL: Por favor dénos la siguiente información en las siguientes secciones para que su queja pueda ser resuelta apropiadamente. Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar este formulario, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Generales, Oficina para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo, llamando el número: (916) 376-5127.

Nombre de la Persona que se Queja: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (de La Casa): _____ (Negocio): _____

Número de Teléfono (Celular): _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de la persona que presuntamente recibió servicios bilingües inadecuados (si no es la misma persona que presenta la queja): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (De La Casa): _____ (Negocio): _____

Número de Teléfono (Celular): _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Incidente: _____

Describa las circunstancias por qué se recibieron los servicios bilingües. Sea específico acerca de: lo que sucedió, cuándo sucedió, quién estuvo envuelto, etc. (Adjunte hojas de papel, si necesita más espacio.)

¿Según la persona que presenta la queja, cuál empleado (o empleados) del Departamento de Servicios Generales se alega que estuvo envuelto(s)?

¿Dónde ocurrió el incidente? _____

¿Si inglés no es el primer idioma de la persona que presenta la queja, cuál es su primer idioma? _____

¿Hubo algún testigo? Si la respuesta es "sí", por favor dénos la información de contacto del testigo(s) en la siguiente sección:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (De La Casa): _____ (Negocio): _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono
(De La Casa): _____ (Negocio): _____

¿Cómo puede el Departamento de Servicios Generales mejorar sus servicios bilingües?

Para la persona que se queja: Por favor firme y ponga la fecha en el siguiente espacio.

Firma de la Persona Que Se Queja

Fecha

Adjunte documentos que apoyan este formulario. Este formulario de queja y la documentación que apoya su queja pueden ser entregados en persona, enviados por correo, transmitidos por FAX, o enviados por correo electrónico a:

Department of General Services
ATTN: EEO OFFICER
707 – 3RD Street, Room 1-320
West Sacramento, CA 95605

FAX: (916) 376-5118

EMAIL: ebenezer.ampah@dgs.ca.gov