

BILINGUAL SERVICES COMPLAINT FORM

The Dymally-Alatorre Bilingual Services Act (Act) became law in 1973 to ensure that individuals whose primary language is not English are not precluded from utilizing public information and services because of language barriers. This form is provided for people who wish to file a complaint about bilingual services received at Department of General Services.

GENERAL INSTRUCTIONS: Please provide the following information in the sections below so that your complaint may be appropriately addressed. Should you have any questions or need to request assistance in completing this form, please contact the Department of General Services (DGS), Equal Employment Opportunity Office at (916) 376-5127.

Complainant's Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone No. (Home): _____ (Business): _____

Telephone No. (Cell): _____ E-Mail Address: _____

Name of person who allegedly received inadequate bilingual services (*if other than complainant*): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone No. Home): _____ (Business): _____

Telephone No. (Cell): _____ E-Mail Address: _____

Date of incident: _____

Describe the circumstances surrounding the bilingual services received. Be specific about what happened, when it occurred, who was involved, etc. (*Attach additional sheets of paper as needed.*)

What DGS employee(s) does the complainant allege were involved?

Where did the incident take place? _____

If not English, what is complainant's primary language? _____

Were there witnesses? If yes, please provide their contact information below:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone Number (Home): _____ (Business): _____

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Telephone Numbers (Home): _____ (Business): _____

How could DGS improve its bilingual services?

Complainant: Please sign and date in the spaces below.

Complainant's Signature

Date

Attach supporting documents to this complaint form. This complaint form and supporting documentation may be filed in person or by mail, facsimile transmission (fax), or email to:

Department of General Services
ATTN: EEO OFFICER
707 – 3RD Street, Room 1-320
West Sacramento, CA 95605
FAX: (916) 376-5118
EMAIL: michelle.armitage@dgs.ca.gov

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: michelle.armitage@dgs.ca.gov