

Formulario de Queja para el Acceso de Idioma

Por favor use este formulario para reportar cualquier Queja del Proceso para el Acceso de Idioma que ha encontrado en la Oficina del Controlador (State Controller's Office). Por favor envíe este formulario y la documentación apropiada por correo a la, "Oficina de Igualdad de Empleo y Discapacidad" (EEO/Disability Office) del Controlador del Estado: (State Controller's Office)

State Controller's Office

EEO/Disability Office

300 Capitol Mall, Suite 275, Sacramento, CA 95814

O envíe un correo electrónico con el Formulario de Queja a: jlucas@sco.ca.gov

Si tiene cualquier pregunta o preocupación, usted puede ponerse en contacto con los Coordinadores Bilingües al (916) 323-3055 o (916) 322-2223.

1. Información de Contacto del Demandante	
Nombre:	
Domicilio:	
Telefono:	
Correo Electronico:	

2. Detalles de Queja	
Fecha del Incidente:	
Departamento/División:	
Localidad o Domicillio:	
En cual language necesita asistencia? (Escoga un language)	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio (Americano) <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Otro: _____
Breve descripción de queja (adjuntar páginas adicionales si es necesario):	

3. Forma de Asistencia	
Alguien le ayudo a completar esta forma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre:	
Organizacion:	
Teléfono:	

4. Firma de la Persona Haciendo la Queja	
Certifico que esta declaración de mi queja arriba y cualquier página adjunta es fiel a lo mejor de mi conocimiento y creencia.	
Firma: _____	Fecha: _____

DEPARTMENTAL USE ONLY:

Date Received:	
Action Taken:	
Contact Person:	
Phone:	
Email:	