

New York Department of State
One Commerce Plaza, 99 Washington Avenue
Albany, NY 12231-0001
Phone: 1-518-474-2752
www.dos.ny.gov

Acceso a los Servicios en su Idioma: Formulario de Reclamo

La política del Estado de Nueva York es tomar medidas razonables para superar las barreras del idioma en los servicios y programas públicos. Para hacer esto, nuestra meta es: 1) Hablar con usted en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos vitales en los seis idiomas más importantes, más frecuentemente hablados, además del inglés.

Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a llegar a esa meta. **Toda la información es confidencial.** Por favor escriba en letra de molde y con tinta negra en el formulario. Luego, envíelo por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección indicada más arriba.

Persona que realiza el reclamo: Identificación del reclamante # (si está disponible):		
Primer Nombre :	Apellido:	
Calle:		
Ciudad, pueblo o aldea:	Estado:	Código postal:
Idioma preferido:	Dirección de correo electrónico (si está disponible):	
Teléfono de la casa:	Otro teléfono:	
¿Alguien más lo está ayudando a presentar este reclamo? Sí No Si la respuesta es 'Sí', incluya su:		
Primer Nombre :		Apellido:
¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan y explique más abajo. No se me ofreció el servicio de un intérprete Pedí el servicio de un intérprete y me fue negado Las habilidades del (los) intérprete(s) o traductor(es) no eran buenas. (Indique sus nombres, si los conoce) El (los) intérprete(s) hizo (hicieron) comentarios descorteses o inapropiados Los servicios demoraron demasiado. (Explique más abajo) No se me entregaron formularios o avisos en un idioma que puedo entender (Indique los documentos necesarios más abajo) No pude utilizar los servicios, programas o actividades (Explique más abajo) Otro. (Explique más abajo)		
¿Cuándo ocurrió el problema? Fecha (DD/MM/AAAA): Hora: a.m. p.m.		
¿Dónde ocurrió el problema? Describa lo que ocurrió. Por favor sea específico. Utilice las páginas adicionales que necesite. Escriba su nombre en letra de molde en cada hoja. Indique el idioma, los servicios y documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si las conoce.		
¿Se quejó con alguien más del Departamento/Agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta? Por favor sea específico.		
Certifico que esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender.		
Firma: _____		Fecha (DD/MM/AAAA):
(Persona que realiza el reclamo).		
Do not write in this box. For office use only / No escriba en esta casilla. Únicamente para uso de la oficina.		
Date: _____		Reviewer: _____
Resolution: _____		