

**Formato para presentar una queja relacionada con el acceso a idiomas****DS 6022 (Nuevo 06/2022)**

Use este formato para registrar las quejas relacionadas con el acceso a idiomas ante el Departamento de Servicios de Desarrollo (Department of Developmental Services, DDS). Devuelva este formato y cualquier documentación relacionada a Office of Human Rights and Advocacy, correo electrónico: [OHRAS@DDS.CA.GOV](mailto:OHRAS@DDS.CA.GOV); o correo postal a: Department of Developmental Services, Bilingual Coordinator, OHRAS, 1215 O Street, MS 10-50, Sacramento, CA 95814.

**1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA**

NOMBRE:

APELLIDO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO (1):

TELÉFONO (2):

CORREO ELECTRÓNICO:

**2. DETALLES DE LA QUEJA (Llena la información siguiente, añade más páginas de ser necesario.)**

FECHA DEL INCIDENTE:

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

LUGAR DEL INCIDENTE:  
(SEDE/INSTALACIÓN DEL DDS)
 Sacramento     Canyon Springs     Sonoma  
 Porterville     Fairview

DIVISIÓN O UNIDAD DE SEDE/INSTALACIÓN:

PROBLEMAS CON EL ACCESO A IDIOMAS:

 Falta de letreros para informar al público de los servicios de traducción  
 Falta de formatos/materiales en varios idiomas  
 Falta de personal bilingüe  
 Otro: \_\_\_\_\_

DÍGANOS SOBRE EL INCIDENTE:

 En persona     Por teléfono     Por correo electrónico  
 Carta     Otro: \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA NECESITABA LA AYUDA?

 Mandarín     Cantones     Ruso  
 Español     Tagalog     Vietnamita  
 Otro: \_\_\_\_\_
**3. AYUDA PARA LLENAR EL FORMATO**

¿Alguien le ayudó a llenar este formato?

 Sí (llene la información de abajo)     No (si no, déjela en blanco)

NOMBRE:

APELLIDO:

ORGANIZACIÓN:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

**PARA USO DEPARTAMENTAL SOLAMENTE**

NAME:

DATE:

PHONE:

EMAIL:

ACTION TAKEN: