NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

División de Políticas y Asuntos de Inmigrantes
75 Varick Street, 7th Floor
New York, NY 10013
(877) 466-9757 | (212) 775-3389 (fax)
Correo electrónico: dipa@labor.ny.gov

Acceso a servicios en su idioma: Formulario de reclamo

La política del estado de Nueva York consiste en tomar las medidas necesarias para superar las barreras lingüísticas que impidan el acceso a programas y servicios públicos.
Para cumplir con esta política, nuestro objetivo es: 1) conversar con usted en su idioma y 2) proporcionar los formularios y documentos importantes en los seis idiomas que se utilizan con mayor frecuencia, además del inglés.
Los comentarios que usted proporcione en este formulario nos ayudarán a lograr ese objetivo. **Toda la información es confidencial**.

Imprima este formulario y fírmelo con tinta negra. Luego, envíelo por correo, fax o correo electrónico a la dirección que se indica más arriba.

Persona que presenta el reclamo: Número de identificación del reclamante, si está disponible: _____
Nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____
Ciudad, pueblo o aldea: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Idioma de preferencia: _____ Dirección de correo electrónico, si está disponible: _____
Teléfono de la residencia: _____ Otro teléfono: _____

¿Alguien lo está ayudando a presentar este reclamo? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es 'Sí', informe lo siguiente sobre esa persona:
Nombre: _____ Apellido: _____

¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan y explique a continuación.

- ☐ No se me ofreció un intérprete
- ☐ Solicité un intérprete y se me negó
- ☐ Las habilidades de los intérpretes o de los traductores no eran adecuadas (mencione los nombres, si los sabe)
- ☐ Los intérpretes hicieron comentarios groseros o inapropiados
- ☐ Los servicios requirieron demasiado tiempo (explique a continuación)
- ☐ No se me proporcionaron formularios o avisos en un idioma que entienda (a continuación, detalle los documentos necesarios)
- ☐ No pude utilizar servicios, programas ni realizar actividades (explique a continuación)
- ☐ Otro (explique a continuación)

¿Cuándo sucedió el problema? Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____ ☐ A. M. ☐ P. M.

¿Dónde sucedió el problema? _____

Describa lo que sucedió. Sea específico. Si es necesario, utilice más páginas. Escriba su nombre en letra de molde en todas las páginas. Detalle el idioma, los servicios y los documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si los sabe.

¿Le manifestó su reclamo a alguien del departamento o de la agencia? ¿Quién le respondió y cuál fue la respuesta? Sea específico.

Certifico que la presente declaración es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma: _____ **Fecha** (MM/DD/AAAA): _____
(Persona que presenta el reclamo)

No escriba en este recuadro. Para uso exclusivo de la oficina

Date: Reviewer:
Resolution: