

## **Formulario de reclamo de acceso al idioma y proceso para enviar un reclamo**

La política del estado de California es proporcionar al público servicios en otros idiomas diferentes al inglés, tal como lo requiere la Ley Dymally – Alatorre sobre Servicios Bilingües (Dymally – Alatorre Bilingual Services Act).

El Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation, DOR) cuenta con diversas fuentes bilingües en sus oficinas para comunicar sus servicios al público y a los usuarios del DOR en otros idiomas diferentes al inglés, tal como lo requiere la ley. Por ejemplo, el DOR emplea muchos trabajadores que tengan certificados de fluidez en otros idiomas además del inglés; DOR cuenta con un servicio de interpretación telefónica que proporciona interpretación a otros idiomas diferentes al inglés; el DOR traduce materiales sobre la provisión de servicios de Rehabilitación Vocacional en los seis idiomas más utilizados por sus usuarios y puede proporcionar Intérpretes de Lenguaje de Señas Estadounidense, si es necesario

El DOR tomará medidas razonables para resolver los reclamos de acceso al idioma enviados a la Oficina de Derechos Civiles de DOR. Para enviar un reclamo, por favor complete este formulario. La información solicitada en este formulario ayudará al DOR a revisar y dirigir el reclamo. Este formulario puede enviarse por el servicio de correo de Estados Unidos, fax o correo electrónico y debe enviarse a:

Department of Rehabilitation  
Civil Rights Office  
Coordinador de Idioma Bilingüe  
P.O. Box 944222  
Sacramento, California 94244-2220

Fax: (916) 558-5851  
Correo electrónico: [Civil.Rights@dor.ca.gov](mailto:Civil.Rights@dor.ca.gov)

## Formulario de Reclamo de Acceso al Idioma

Cualquier pregunta sobre los reclamos de acceso al idioma o el proceso para enviar un reclamo puede hacerse ante la Oficina de Derechos Civiles del DOR llamando al (916) 558-5850 o por correo electrónico a [Civil.Rights@dor.ca.gov](mailto:Civil.Rights@dor.ca.gov)

PRIMER NOMBRE	APELLIDO
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO
DIRECCIÓN	CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿Alguien más está llenando este formulario por usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió Sí, escriba el NOMBRE de quien llena el formulario	APELLIDO
NATURALEZA DEL RECLAMO. (por favor seleccione de la lista de abajo)	
<p>¿Cuál fue el problema? Seleccione todas las casillas que apliquen</p> <p><input type="checkbox"/> Me negaron un intérprete en el siguiente idioma: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Las habilidades de el/los intérprete(s) no eran buenas (escriba el nombre de el/los intérprete(s), si lo sabe y el idioma distinto al inglés que usted necesitaba) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No me proporcionaron material traducido al idioma distinto al inglés que yo entiendo (escriba el idioma y el/los documento(s) que usted necesitaba, si lo sabe) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No pude usar los servicios, programas o actividades debido a una barrera lingüística</p>	

## Formulario de Reclamo de Acceso al Idioma

Otro (explique abajo)

**Por favor, proporcione abajo la fecha específica, ubicación de la oficina del DOR, nombre del personal del DOR, si lo sabe, y describa brevemente lo sucedido.**

Fecha en la que ocurrió el problema: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Oficina del DOR en la que ocurrió el problema:

\_\_\_\_\_

Nombre del personal del DOR involucrado, si aplica:

\_\_\_\_\_

Describa brevemente lo sucedido:

¿Cómo trató usted y/o el DOR de resolver el problema? Por favor, sea lo más específico posible.

*Certifico que esta declaración de mi reclamo de arriba y de cualquier página adjunta es verdadera a mi leal saber y entender.*

FIRMA

FECHA (DD/MM/AAAA)