

LANGUAGE ACCESS COMPLAINT FORM

Si cree que no hemos podido prestarle servicios debido a su idioma u otra barrera de comunicación, es posible que el Departamento lo pueda ayudar. Llene este formulario y envíelo a: Department of Managed Health Care, Equal Employment Opportunity Office, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814.

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Nombre:	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico (email):	

2. DETALLES DE LA QUEJA	
Fecha del incidente:	
Método de contacto:	
Ubicación de los servicios (dirección si la conoce):	
Problema(s) con el acceso lingüístico o barrera de comunicación:	(Marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Falta de letreros informando al público de los servicios de intérprete/traducción <input type="checkbox"/> Falta de servicios de intérprete <input type="checkbox"/> Falta de personal bilingüe <input type="checkbox"/> Falta de formularios/materiales traducidos <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿En qué idioma necesitaba recibir ayuda?	<input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____
Descripción breve (adjunte páginas adicionales de ser necesario):	

3. AYUDA CON EL FORMULARIO	
¿Alguien le ayudó a llenar este formulario?	<input type="checkbox"/> Sí (llene la información a continuación) <input type="checkbox"/> No (deje la información a continuación en blanco)
Nombre:	
Organización:	
Número de teléfono:	
Dirección de email:	

USO DEPARTAMENTAL SOLAMENTE:

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