

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 95833.

| 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: | |