

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) 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: _____ <input type="checkbox"/>

2. DETALLES DE LA QUEJA

<p>¿En qué idioma necesitaba recibir ayuda?</p>	<p>Cantonés <input type="checkbox"/></p> <p>Coreano <input type="checkbox"/></p> <p>Mandarín <input type="checkbox"/></p> <p>Ruso <input type="checkbox"/></p> <p>Español <input type="checkbox"/></p> <p>Vietnamita <input type="checkbox"/></p> <p>Otro: _____ <input type="checkbox"/></p>
--	---

Descripción breve (adjunte páginas adicionales de ser necesario):

3. AYUDA CON EL FORMULARIO

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



USO DEPARTAMENTAL SOLAMENTE:

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