



Suffolk County Department of Social Services
 3085 Veterans Memorial Highway
 Ronkonkoma, NY 11779
 Tel: (631) 854-9930 Fax: (631) 854-9996
 Email: LEP.Coordinator@suffolkcountyny.gov

Acceso a los servicios en su idioma– Formulario de reclamacion

La política del Condado de Suffolk es tomar medidas razonables para superar las barreras idiomáticas a los servicios y programas públicos. Para lograr esto, nuestro objetivo es: 1) Hablar con usted en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos vitales en los seis idiomas no ingleses más utilizados. Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a alcanzar ese objetivo. **Toda la información es confidencial.**

Imprima y firme este formulario con tinta negra. A continuación, enviar por correo, fax o por correo electrónico como se indica anteriormente.

Persona que hace el reclamo: _____ # ID de reclamante _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad o Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Cell: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Idioma preferido: _____

¿Alguien le está ayudando a presentar esta queja? Si No En caso afirmativo, indique el nombre de abajo.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

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

- No me ofrecieron un intérprete.
- Pedí un intérprete y me lo negaron.
- Las habilidades del intérprete no eran buenas. [Apunte el nombre(s) se se conoce.] _____
- El intérprete hizo comentarios groseros o inapropiados.
- Los servicios tomaron demasiado tiempo. [Please explain below.]
- I was not given forms or notices in a language I can understand. [List documents needed below.]
- I was unable to use services, programs or activities. [Por favor, explique a continuación..]
- Otro [Por favor, explique a continuación..]

¿Cuándo ocurrió el problema? Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

¿Dónde ocurrió el problema? _____

Por favor describe lo que pasó Por favor sea específico. Use páginas adicionales según sea necesario e imprima su nombre en cada hoja. Indique el idioma, los servicios y los documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si las conoce.

¿Se quejó a alguien del Departamento / Agencia? Si es así, por favor liste su nombre. ¿Cuál fue la respuesta?? Sea específico.

Certifico que esta afirmación es cierta según mi conocimiento y creencia.

Firma: _____ Fecha: _____

(Persona haciendo el reclamo)

No escriba en el espacio a continuación. Sólo para uso de oficina.

Fecha: _____ Revisor: _____