

Acceso a servicios en su idioma: Formulario de quejas

Enviar electrónicamente usando el botón enviar, o guardar y enviar por correo electrónico a languageaccesscoordinator@wcb.ny.gov, o enviar por correo el formulario completado a:
328 State Street - Room 239-2, Schenectady, NY 12305

La política del Estado de Nueva York es tomar medidas razonables para superar las barreras idiomáticas en los servicios y programas públicos. Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a lograr ese objetivo. **Toda la información es confidencial.**

Persona que presenta la queja:		Nro. de caso de la WCB (si está disponible): _____
Nombre: _____	Apellido: _____	
Domicilio: _____		
Ciudad, pueblo o localidad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Idioma de preferencia: _____	Dirección de correo electrónico (si está disponible): _____	
Teléfono del hogar: _____	Otro teléfono: _____	
¿Alguien más le está ayudando a presentar esta queja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, incluya su nombre a continuación: Nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha y hora del problema: Fecha (DD/MM/AAAA): _____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. Proveedor del servicio: _____ Código de identificación del agente (si aplica): _____		
¿Dónde ocurrió el problema? _____		
¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan. <input type="checkbox"/> No me ofrecieron un intérprete <input type="checkbox"/> Pedí un intérprete y me lo negaron <input type="checkbox"/> Las habilidades del (de los) intérprete(s) o traductor(es) no eran buenas <input type="checkbox"/> El (los) intérprete(s) hizo (hicieron) comentarios groseros o inapropiados <input type="checkbox"/> Tomó demasiado tiempo para obtener un intérprete <input type="checkbox"/> No me dieron formularios ni avisos en un idioma que pueda entender (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No pude utilizar los servicios, programas o actividades (explique a continuación) <input type="checkbox"/> Otro (explique a continuación): _____		Servicio: <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> En persona: lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> En persona: hablado <input type="checkbox"/> Interpretación remota en video <input type="checkbox"/> Traducción escrita
Describe lo que ocurrió. Sea específico. Use páginas adicionales según sea necesario. Escriba su nombre en letra de molde en cada hoja. Enumere el idioma, los servicios y los documentos necesarios. Incluya los nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si los conoce.		
¿Cómo intentaron usted y la agencia resolver el problema? (Sea lo más específico posible).		
Reportado por (persona que presenta la queja): _____		Fecha (DD/MM/AAAA): _____