

## Formulario de quejas sobre el acceso a otros idiomas

NYS Office for People With Developmental Disabilities  
Executive Office of Diversity, Equity, and Inclusion  
25 Beaver Street, 3rd Floor, New York, NY 10004  
Email: [lep.complaints@opwdd.ny.gov](mailto:lep.complaints@opwdd.ny.gov)

La política sobre acceso a otros idiomas del estado de Nueva York requiere que determinadas agencias que atienden al público ofrezcan servicios de interpretación en todos los idiomas y que traduzcan los documentos importantes a, como mínimo, los doce idiomas más comunes distintos del inglés en el estado. Si tiene problemas con los servicios de acceso a otros idiomas de su agencia, puede completar y enviar este formulario de quejas. La información de contacto se indica arriba. **Toda la información personal incluida en su queja será confidencial.**

**1. Denunciante:** Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Prefiero no revelar mi nombre. *Tenga en cuenta que, si no brinda ninguna información de contacto, no podremos comunicarle las medidas que estamos tomando para responder a su queja.* Idiomas preferidos: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Alguien lo ayuda a presentar esta queja?**  No  Sí Si responde afirmativamente, incluya la información de contacto de esa persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico o número de teléfono: \_\_\_\_\_

**2. ¿En qué idiomas necesitó los servicios?**

\_\_\_\_\_

**3. ¿Cuál fue el problema?** Marque todas las casillas que correspondan y explique más abajo.

No me ofrecieron un intérprete

Pedí un intérprete y me lo denegaron

Las habilidades del intérprete no eran satisfactorias (incluya su nombre en la sección 5 más abajo si lo conoce)

El intérprete hizo comentarios descorteses o inadecuados

Esperé demasiado tiempo por un intérprete

No me dieron los formularios ni los avisos en un idioma que entendiera (indique los documentos que necesitó en la sección 5 más abajo)

Otro (explique) \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuándo ocurrió el incidente?** Si sucedió más de una vez, indique la fecha del incidente más reciente.

Fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  a. m.  p. m.

**¿Dónde ocurrió el incidente?**  Por teléfono  En persona Indique la dirección: \_\_\_\_\_

**5. Describa lo que pasó.** Sea específico y brinde tantos detalles como sea posible. Si sucedió más de una vez, describa cada incidente e incluya la fecha y la hora correspondientes. Indique los servicios y los documentos a los que intentaba tener acceso. Incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de las personas involucradas si los conoce. Use las páginas adicionales que le hagan falta y escriba su nombre en cada una de ellas.

**6. ¿Se quejó ante alguien del departamento o la agencia? Si la respuesta es afirmativa, indique con quién habló y su respuesta.** Sea específico.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Fecha (DD/MM/AAAA):** \_\_\_\_\_ (Persona que presenta la queja)



Office for People With  
Developmental Disabilities



Office of General Services  
Office of Language Access

***No escriba en esta casilla. Solo para uso de la oficina.***

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_ Resolution: \_\_\_\_\_