

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES
(DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES)
ACCESO A IDIOMA FORMULARIO DE QUEJA**

Utiliza este formulario para registrar las quejas relacionadas con el acceso a idiomas con el Departamento de Servicios de Manutención de Menores de California. Por favor, devuelva este formulario y cualquier documentación relacionada a la Oficina de Igualdad de Oportunidades el Empleo (Equal Employment Opportunity Office), por fax: 916.464.0199; correo electrónico: personnelhelp@dcss.ca.gov; o por correo postal a: Department of Child Support Services, Equal Employment Opportunity Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064.

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

2. DETALLES DE LA QUEJA	
Fecha del incidente:	
Departamento/agencia:	
Lugar o dirección:	
Problema(s) con el acceso a idiomas:	(Marque todos los pertinentes) <input type="checkbox"/> Falta de formularios/material en el idioma que necesitaba <input type="checkbox"/> Falta de personal bilingüe <input type="checkbox"/> No me ofrecieron un intérprete <input type="checkbox"/> Otro: (por favor especifique abajo) _____
Descripción breve: Por favor sea específico. Adjunte páginas adicionales si es necesario.	

3. AYUDA PARA LLENAR EL FORMULARIO	
¿Alguien le ayudó a llenar este formulario?	<input type="checkbox"/> Sí (llene la información abajo) <input type="checkbox"/> No (deje en blanco abajo)
Nombre:	
Organización:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO (PARA USO DEL DEPARTAMENTO SOLAMENTE).

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