



**California Governor's Office of Emergency Services (CAL OES)
FORMULARIO DE RECLAMO SOBRE QUEJAS DE SERVICIOS BILINGÜES**

Por favor, proporcione la siguiente información, para que podamos responder apropiadamente a su queja. Si Ud. necesita asistencia, estamos disponibles para ayudarle

Nombre del Demandante: _____

Domicilio/Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Teléfono (Celular): _____ Correo Electrónico: _____

Si Ud. no es el demandante, favor de proporcionar el nombre y los datos de la persona que está presentando la queja, y su relación o parentesco con él/ella:

Nombre: _____

Domicilio/Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Teléfono (Celular): _____ Correo Electrónico: _____

Fecha en que ocurrió el incidente: _____

Describa las circunstancias acerca de los servicios bilingües recibidos. Sea específico en cuanto a lo que ocurrió, cuándo ocurrió, quién eran las personas involucradas, etc. (Adjunte páginas adicionales si es necesario.)

CAL OES: FORMULARIO DE RECLAMO SOBRE QUEJAS DE SERVICIOS BILINGÜES

Principal idioma del demandante (si no es el inglés): _____

Según el demandante, ¿quién fue el empleado que no ofreció servicios bilingües adecuados?

¿Dónde ocurrió el incidente? _____

¿Había testigos? Si la respuesta es "sí", favor de proporcionar la siguiente información:

Nombre del Testigo: _____

Domicilio/Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Teléfono (Celular): _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Testigo: _____

Domicilio/Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Teléfono (Celular): _____ Correo Electrónico: _____

¿Cómo puede la ciudad de Santa Ana mejorar los servicios bilingües que ofrece?

Por favor, firme esta queja, en el espacio abajo:

Firma del Demandante

Fecha

Favor de adjuntar cualquier material escrito u otra información adicional que considere pertinente para este reclamo. Envíe el formulario y cualquier documentación a: Cal OES EEO Office 3650 Schriever, Mather, CA. 95655.

Para uso oficial solamente:

Reclamo recibido por (nombre): _____

Fecha: _____ Acción: _____