



Forma de Queja con el Acceso a las Idiomas

CSD 375 (Rev. 06/21/19)

Por favor use esta forma para registrar las quejas relacionadas con el acceso de idiomas ante el Departamento de Servicios a la Comunidad y el Desarrollo (Department of Community Services and Development, CSD). Por favor devuelva esta forma y cualquier documentos de apoyo por correo a el Departamento de Servicios a la Comunidad y el Desarrollo, Oficina de Oportunidad Del Empleo Sin Discriminación/Discapacidad; 2389 Gateway Oaks Drive, #100, Sacramento, CA 95833 or por correo electrónico: CSD.EEO@csd.ca.gov. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, puede comunicarse con el Departamento, por telefono, en (916) 576-5312.

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA	
Nombre:	
Dirección:	
Número de Teléfono:	
Correo Electronico:	

2. DETALLES DE LA QUEJA	
Fecha Del Incidente:	
¿En que idioma necesitaba la ayuda?	<input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Otra: _____
Breve descripción de la queja (adjunte páginas adicionales, si es necesario):	

3. AYUDA PARA LLENAR LA FORMA	
¿Alguien le ayudó a llenar esta forma?	<input type="checkbox"/> Si (complete la siguiente información) <input type="checkbox"/> No (deje en blanco)
Nombre:	
Organización o relación a demandante:	
Número de Teléfono:	

4. FIRMA DEL DEMANDANTE	
<i>Certifico que la información arriba mencionada es legitima, mi leal saber y entender.</i>	
Firma del Demandante: _____	Fecha: _____

SOLO PARA USO DEPARTAMENTAL:

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