



New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, New York, NY 12210-8002
Teléfono: 1-800-247-8035 Fax: 518-457-8658
Correo electrónico: ovsinfo@ovs.ny.gov

Acceso a servicios en su idioma: formulario de queja

La política del estado de Nueva York es tomar medidas razonables para superar las barreras del idioma en servicios y programas públicos. Para hacer esto, nuestra meta es: 1) Hablarle a usted en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos vitales en los seis idiomas más frecuentemente usados, además del inglés. Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a alcanzar esta meta. **Toda la información es confidencial.**

Por favor escriba su nombre y firme el formulario con tinta negra. Después envíelo por correo, fax o correo electrónico a las direcciones proporcionadas arriba.

Persona que presenta la queja:		# de ID del reclamante (si está disponible): _____	
Nombre (primer nombre): _____		Apellido: _____	
Dirección: _____			
Ciudad, pueblo o aldea: _____		Estado: _____ Código postal: _____	
Idioma preferido: _____		Correo electrónico (si tiene uno): _____	
Teléfono de casa: _____		Otro teléfono: _____	
¿Alguien le está ayudando a presentar esta queja? Sí No Si la respuesta es "Sí", incluya su:			
Nombre (primer nombre): _____		Apellido: _____	
¿Cuál fue el problema? Señale todas las opciones que apliquen y explique abajo.			
<input type="checkbox"/> No se me ofreció un intérprete			
<input type="checkbox"/> Pedí un intérprete y mi solicitud fue denegada			
<input type="checkbox"/> Las habilidades del intérprete(s) o traductor(es) no eran buenas (si conoce sus nombre, anótelos)			
<input type="checkbox"/> El intérprete hizo comentarios inapropiados o groseros			
<input type="checkbox"/> Los servicios tomaron demasiado tiempo (explique abajo)			
<input type="checkbox"/> No se me proporcionaron formularios o avisos en un idioma que yo pudiera entender (anote abajo los documentos que necesitaba)			
<input type="checkbox"/> Fui incapaz de usar los servicios, programas o actividades (explique abajo)			
<input type="checkbox"/> Otro (explique abajo)			
¿Cuándo sucedió el problema?		Fecha (DD/MM/AAAA): _____ Hora: _____ AM PM	
¿En dónde sucedió el problema? _____			
Describe lo que sucedió. Por favor, sea específico. Use páginas adicionales si las necesita. Escriba su nombre en cada página. Anote el idioma, los servicios y los documentos que necesita. Incluya los nombres, direcciones y teléfonos de toda la gente involucrada, si los conoce.			
¿Se quejó con alguien del Departamento/Agencia? ¿Con quién y cuál fue la respuesta? Por favor, sea específico.			
Certifico que esta declaración es veraz a mi leal saber y entender.			
Firma: _____		Fecha (DD/MM/AAAA): _____	
(Persona que presenta la queja)			
No escriba en este espacio Para uso exclusivo de la oficina / Do not write in this box. For office use only.			
Date: _____		Reviewer: _____	

Resolution: