

New York State Office of Addiction Services and Supports  
1450 Western Avenue  
Albany, NY 12203  
Phone: (518) 485-6914 Fax: (518) 485-6014  
E-mail: LanguageAccessComplaint@oasas.ny.gov

## Formulario de Reclamo sobre Acceso al Idioma

La política de acceso al idioma del estado de Nueva York requiere que ciertas agencias orientadas hacia el público ofrezcan servicios de interpretación en cualquier idioma y traduzcan documentos importantes al menos a los diez idiomas más comunes que existen en el estado, que no sean el inglés. Si ha tenido problemas con los servicios de acceso al idioma de nuestra agencia, puede completar y enviar este formulario de reclamo utilizando la información de contacto indicada arriba. **Toda la información personal proporcionada en su reclamo se mantendrá confidencial.**

**1. Reclamante:** Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Prefiero no dar mi nombre. *Tenga en cuenta que, si no proporciona ninguna información de contacto, no podremos informarle de los pasos que estamos tomando para responder a su reclamo.* Idioma(s) preferido(s): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Alguien más le está ayudando a presentar este reclamo?**  No  Si, Si contestó que «Sí», incluya la información de contacto de la persona:

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

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

**2. ¿En qué idioma (s) necesitaba que le proporcionaran los servicios?**

\_\_\_\_\_

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

No me ofrecieron un intérprete

Pedí un intérprete y me lo negaron

Las habilidades del intérprete no eran buenas (incluya los nombres en la sección 5 a continuación, si los sabe)

El intérprete hizo comentarios descorteses e inapropiados

Esperé mucho tiempo por un intérprete

No me entregaron formularios o notificaciones en un idioma que pudiera entender (enumere los documentos que necesitaba, en la sección 5 a continuación)

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

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

Fecha (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  AM  PM

**¿Dónde sucedió este incidente?**  Por teléfono  En persona Proporcione la dirección: \_\_\_\_\_

**5. Describa lo que pasó.** Sea específico(a) y proporcione tantos detalles como sea posible. Si sucedió más de una vez, incluya cada fecha / hora y describa cada incidente. Enumere todos los servicios y documentos a los que intentaba tener acceso. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas en el incidente, si los sabe. Utilice páginas adicionales según sea necesario y escriba su nombre en cada hoja.

**6. ¿Se quejó con alguien del Departamento / Agencia? En caso afirmativo, incluya el nombre de la persona con quién habló y la respuesta que recibió.** Sea específico(a).

**Escriba su nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_  
(Persona que presenta el reclamo)

**No escriba en este cuadro. Sólo para uso de la Oficina.**

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

Resolution: \_\_\_\_\_