

Enviar



Workers'
Compensation
Board

Formulario de reclamo de acceso al idioma



Language
Access

Presente electrónicamente usando el botón submit de enviar, o guarde los cambios y envíelo por correo electrónico a languageaccesscoordinator@wcb.ny.gov o envíe el formulario completo a: 328 State Street - Room 239-2, Schenectady, NY 12305

La política de acceso al idioma del Estado de Nueva York exige a ciertas agencias que están disponibles al público en general que ofrezcan servicios de interpretación en cualquier idioma y que traduzcan los documentos importantes a, por lo menos, los diez idiomas más comunes en el estado. Si ha tenido problemas con los servicios de acceso al idioma de nuestra agencia, puede completar y presentar este formulario de reclamo utilizando la información de contacto suministrada anteriormente. **Toda la información personal de su reclamo permanecerá confidencial.**

1. Reclamo: Nombre: _____ Apellido: _____

☐ Prefiero no brindar mi nombre. *Tenga en cuenta que si no brinda ninguna información de contacto, no le vamos a poder informar acerca de los pasos que estamos siguiendo para responder a su reclamo.* Idioma(s) de preferencia: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Alguien lo está ayudando a presentar este reclamo? ☐ No ☐ Sí En caso de responder "Sí", incluya su información de contacto:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de correo electrónico o número de teléfono: _____

2. ¿En qué idioma(s) necesitaba servicios?

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

- ☐ No me ofrecieron un intérprete
- ☐ Pedí un intérprete y me lo negaron
- ☐ Las habilidades del/de los intérprete(s) no eran buenas (incluya sus nombres en la sección 5 a continuación, si los conoce)
- ☐ El/los intérprete(s) realizó/realizaron comentarios maleducados o inapropiados
- ☐ Esperé demasiado por un intérprete
- ☐ No me dieron los formularios o avisos en un idioma que pudiera entender (enumere los documentos que necesita en la sección 5 a continuación)
- ☐ Otro (explique) _____

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

Fecha (DD/MM/AAAA): _____ Hora: _____ ☐ A. M. ☐ P. M.

¿Dónde sucedió este incidente? ☐ Por teléfono ☐ En persona Brinde una dirección: _____

5. Describa qué sucedió. Sea específico y brinde la mayor cantidad de detalles que sean posibles. Si sucedió en más de una ocasión, incluya cada fecha/hora y describa cada incidente. Enumere todos los servicios y documentos a los que intentó acceder. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si los conoce. Utilice páginas adicionales según sea necesario y escriba su nombre en cada hoja.

6. ¿Realizó el reclamo con alguien del Departamento/Agencia? Si la respuesta es sí, incluya con quién habló y cuál fue su respuesta. (Sea específico)

Nombre en letra de imprenta (persona que realiza el reclamo): _____ **Fecha** (DD/MM/AAAA): _____

No escriba en esta casilla. Solo para uso interno

Date: _____ Reviewer: _____

Resolution: _____