



# Formulario para Comentarios sobre el **LAC-1** Acceso a Servicios de Idiomas

New York State Workers' Compensation Board  
328 State Street - Room 228-1  
Schenectady, NY 12305

SU NOMBRE		SU APELLIDO	
Número de caso de la WCB (si está disponible)	NÚMERO DE TELÉFONO		TELÉFONO ALTERNATIVO
DIRECCIÓN		CIUDAD O PUEBLO	
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (si dispone de uno)	
¿Alguien presenta esta queja en su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", indique su nombre.			
NOMBRE		APELLIDO	
<b>Naturaleza del problema:</b> <input type="checkbox"/> No se me brindaron los servicios de un intérprete <input type="checkbox"/> Los intérpretes o traductores no eran competentes <input type="checkbox"/> El servicio no se brindó oportunamente <input type="checkbox"/> No se me brindó la traducción de documento/s de vital importancia <input type="checkbox"/> No pude acceder al servicio, programas ni actividades <input type="checkbox"/> Otro:			
Describa brevemente el hecho. Por favor, en lo posible, dé nombres y domicilios específicos. (Adjunte las páginas que necesite agregar.)			
¿Cómo intentaron resolver el problema usted y la agencia? (Sea lo más específico posible.)			
<i>Certifico que esta declaración con los comentarios que hice más arriba y en las páginas adjuntas es auténtica a mi leal saber y entender.</i>			
FIRMA		FECHA (MM/DD/AAAA)	