



**COVERED  
CALIFORNIA**

**COVERED CALIFORNIA  
Forma para Quejas de Servicios Bilingües**

La Ley Dymally-Alatorre de Servicios Bilingües se convirtió en ley en 1973 para garantizar que las personas cuya lengua materna no es el Inglés no les impida la utilización de información y servicios debido a las barreras del idioma. Se proporciona esta forma para las personas que deseen presentar una queja sobre los servicios bilingües recibidos por Covered California.

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Por favor, indique la siguiente información en las siguientes secciones para que su denuncia pueda dirigirse de forma adecuada. Si tiene alguna pregunta o necesita solicitar ayuda para completar esta forma, por favor comuníquese con la Oficina de Oportunidad de Igualdad en el Empleo de Covered California, al (916) 228-8268.

Nombre del demandante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que supuestamente recibió servicios bilingües inadecuados (si no es el demandante): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Explique las circunstancias alrededor de los servicios bilingües que recibió. Sea específico acerca de lo que ocurrió, cuándo ocurrió, quién estuvo involucrado, etc. (Adjunte hojas adicionales si es necesario):

---

---

---

---

---

¿Cual(es) empleado(s) de Covered California se acusan de estar involucrados?

---

---

---

---

---

¿Dónde ocurrió el incidente?

---

¿Si no es Ingles, cual es el idioma primario del demandante?

---

¿Hubo testigos? Si los hubo, por favor proporcione su información de contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_

¿Como puede mejorar Covered California sus servicios bilingües?

---

---

---

---

***Demandante: Por favor firme y incluya fecha en los espacios abajo.***

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Adjunte documentos a esta forma de queja. Esta forma de quejas y documentación de apoyo se pueden presentar en persona o por correo, por transmisión facsímil (fax), o por correo electrónico a:***

**Covered California  
ATTN: EEO OFFICER  
1601 Exposition Blvd.  
Sacramento, CA 95815**

**FAX: (916) 228-8909**

**EMAIL: [EEO@covered.ca.gov](mailto:EEO@covered.ca.gov)**

---

*For official use only:*

Complaint received by (name):

---

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

Action Taken:

---

---

---

---

---

---