



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

For official use only:

Complaint received by (name):

Date: _____

Action Taken:
