



Departamento de Comercio de Carolina del Norte
 División de Seguridad de Empleo
 700 Wade Ave
 Raleigh, NC 27611-5903
 888-737-0259 (teléfono) | (919)733-9420 (fax)

Acceso a los Servicios en su Idioma: Formulario de Quejas

La política de la División de Seguridad del Empleo del Departamento de Comercio es tomar medidas razonables para superar las barreras idiomáticas a los servicios y programas públicos. Con el fin de lograr esto, nuestro objetivo es: 1) Hablarle en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos fundamentales en los cuatro idiomas más frecuentemente utilizados, además de inglés. Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a alcanzar ese objetivo. **Toda la información es confidencial.**

Imprima y firme el formulario con tinta negra. Luego envíela por correo o fax como se indicó anteriormente.

Persona que realiza la queja:		Número de identificación del reclamante, si está disponible: _____		Primer nombre: _____		
Dirección de calle: _____		Apellido: _____				
Ciudad, Pueblo, Villa: _____		Estado: _____		Código postal: _____		
Idioma preferido: _____		Dirección de correo electrónico, si está disponible: _____				
Teléfono local: _____		Otro teléfono: _____				
¿Alguien le está ayudando a llenar este formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, incluya sus:						
Primer nombre: _____		Apellido: _____				
¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan de la lista ofrecida a continuación.						
<input type="checkbox"/>	No me ofrecieron un intérprete.					
<input type="checkbox"/>	Pedí un intérprete y me lo negaron.					
<input type="checkbox"/>	Las habilidades del intérprete (s) o traductor (es) no fueron buenas. (Enumere sus nombres, de conocerlos). El intérprete(s) hizo comentarios fuera de lugar o inadecuados.					
<input type="checkbox"/>	El servicio tomó demasiado tiempo (Explique a continuación)					
<input type="checkbox"/>	No se me han proporcionado formularios o avisos que pueda entender (Enumere los documentos necesarios a continuación) No pude usar los servicios, programas o actividades. (Explique a continuación)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otro(Explique a continuación)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo sucedió el problema? Date(MM/DD/AAAA): _____						
Hora: _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>						
¿Dónde sucedió el problema? _____						
Describa lo que sucedió. Por favor, sea específico. Utilice páginas adicionales según sea necesario. Imprima su nombre en una hoja. Enumere el idioma, servicios y documentos necesarios. Incluidos nombres, direcciones y números de personas involucradas, si se conoce.						
¿Se quejó con alguien del departamento/agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta? Por favor, sea específico.						
Certifico que esta declaración es fiel a mi leal saber y entender.						
Firma: _____			Fecha (MM/DD/AAAA): _____ (Persona que realiza la queja)			
No escriba en este recuadro. Solo para uso de la oficina.						
Fecha: _____		Reseñante: _____				
Resolución: _____						