



New York State Office of Alcoholism & Substance Abuse Services  
 1450 Western Avenue  
 Albany, NY 12203  
 Teléfono: 646-728-4520 Fax: 646-728-4692 or 4740  
 Correo electrónico: [Mike.Yorio@oasas.ny.gov](mailto:Mike.Yorio@oasas.ny.gov)

## Acceso a los Servicios en su Idioma: Formulario de Reclamo

La política del Estado de Nueva York es tomar medidas razonables para superar las barreras del idioma en los servicios y programas públicos. Para hacer esto, nuestra meta es: 1) Hablar con usted en su idioma y 2) Proporcionar formularios y documentos vitales en los seis idiomas más importantes, más frecuentemente hablados, además del inglés.

Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a llegar a esa meta. **Toda la información es confidencial.** Por favor escriba en letra de molde y con tinta negra en el formulario. Luego, envíelo por correo postal, fax o correo electrónico a la dirección indicada más arriba.

<b>Persona que realiza el reclamo:</b>	Identificación del reclamante # (si está disponible): _____
Primer Nombre : _____	Apellido: _____
Calle: _____	
Ciudad, pueblo o aldea: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Idioma preferido: _____	Dirección de correo electrónico (si está disponible): _____
Teléfono de la casa: (____) _____	Otro teléfono: (____) _____

**¿Alguien más lo está ayudando a presentar este reclamo?** Sí  No  Si la respuesta es 'Sí', incluya su:  
 Primer Nombre : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**¿Cuál fue el problema?** Marque todas las casillas que correspondan y explique más abajo.

- No se me ofreció el servicio de un intérprete
- Pedí el servicio de un intérprete y me fue negado
- Las habilidades del (los) intérprete(s) o traductor(es) no eran buenas. (Indique sus nombres, si los conoce)
- El (los) intérprete(s) hizo (hicieron) comentarios descorteses o inapropiados
- Los servicios demoraron demasiado. (Explique más abajo)
- No se me entregaron formularios o avisos en un idioma que puedo entender (Indique los documentos necesarios más abajo)
- No pude utilizar los servicios, programas o actividades (Explique más abajo)
- Otro. (Explique más abajo)

**¿Cuándo ocurrió el problema?** Fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

**¿Dónde ocurrió el problema?** \_\_\_\_\_

**Describe lo que ocurrió.** Por favor sea específico. Utilice las páginas adicionales que necesite. Escriba su nombre en letra de molde en cada hoja. Indique el idioma, los servicios y documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si las conoce.

**¿Se quejó con alguien más del Departamento/Agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta?** Por favor sea específico.

**Certifico que esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
 (Persona que realiza el reclamo).

**Do not write in this box. For office use only / No escriba en esta casilla. Únicamente para uso de la oficina.**

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

Resolution: \_\_\_\_\_