

Form ng Reklamo para sa Access sa Wika at Proseso upang Magsumite ng Reklamo

Ang patakaran ng Estado ng California ay magbigay ng mga serbisyo sa publiko sa mga wika maliban sa Ingles alinsunod sa iniaatas ng Dymally – Alatorre Bilingual Services Act (Act).

Ang Department of Rehabilitation (DOR) ay mayroong ilang bilingual na mapagkukunan upang maipalam ang mga serbisyo ng DOR sa mga miyembro ng publiko at sa mga consumer ng DOR sa mga wika maliban sa Ingles, alinsunod sa iniaatas ng Act. Halimbawa, kumukuha ang DOR ng maraming kawani na napatunayang marunong magsalita ng iba't ibang wika bilang karagdagan sa Ingles; mayroong serbisyo ng pagsasalin sa telepono ang DOR na nagbibigay ng pagsasalin sa mga wika maliban sa Ingles; isinasalin ng DOR ang mga materyales patungkol sa pagbibigay ng mga serbisyo ng Bokasyonal na Rehabilitasyon sa anim na pinakamadala na gamiting wika ng mga consumer ng DOR; at maaaring magbigay ang DOR ng mga mapagkukunan ng Interpreter ng American Sign Language, kung kinakailangan.

Magsasagawa ang DOR ng mga makatwirang hakbang upang malutas ang Mga Reklamo sa Access sa Wika na isinumite sa Office of Civil Rights ng DOR. Upang magsumite ng reklamo, pakisagutan ang form na ito. Ang impormasyong hinihiling sa form na ito ay makakatulong sa DOR upang masuri at matugunan ang reklamo. Ang form na ito ay maaaring isumite sa pamamagitan ng pagpapadala ng mail, fax o email sa U.S. at dapat isumite sa:

Department of Rehabilitation
Office of Civil Rights
Bilingual Language Coordinator
P.O. Box 944222
Sacramento, California 94244-2220

Fax: (916) 558-5851
Email: Civil.Rights@dor.ca.gov

Form ng Reklamo para sa Access sa Wika

Maaaring magtanong sa Office of Civil Rights ng DOR patungkol sa Mga Reklamo sa Access sa Wika o sa proseso para sa pagsusumite ng reklamo sa pamamagitan ng pagtawag sa (916) 558-5850 o sa pamamagitan ng pag-email sa Civil.Rights@dor.ca.gov

IYONG PANGALAN	IYONG APELYIDO
PINAKAMAINAM NA MATATAWAGANG NUMERO NG TELEPONO	ALTERNATIBONG NUMERO NG TELEPONO
ADDRESS NG KALYE	LUNGSOD
ESTADO	ZIP
Ibang tao ba ang maghahain ng reklamong ito para sa iyo? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> HINDI	
Kung Oo, ilagay ang kanyang PANGALAN	APELYIDO
URI NG REKLAMO (mangyaring pumili sa listahan sa ibaba)	
<p>Ano ba ang problema? Lagyan ng check ang lahat ng kahon sa seksyong ito na nalalapat</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hindi ako binigyan ng interpreter sa sumusunod na wika: _____<input type="checkbox"/> Hindi mahusay ang mga kasanayan ng (mga) interpreter (Ilista ang pangalan ng Interpreter, kung alam, at ang kinakailangang wika na Hindi Ingles) _____<input type="checkbox"/> Hindi ako binigyan ng mga nakasaling materyales sa wikang Hindi Ingles na mauunawaan ko (Ilista ang kinakailangang wika at (mga) dokumento, kung alam) _____<input type="checkbox"/> Hindi ako nakagamit ng mga serbisyo, programa o aktibidad dahil sa hadlang sa wika	

Form ng Reklamo para sa Access sa Wika

Iba Pa (Ipaliwanag sa ibaba)

Sa ibaba, pakibigay ang partikular na petsa, lokasyon ng tanggapan ng DOR, pangalan ng kawani ng DOR, kung alam, at ilarawan nang maikli kung ano ang nangyari.

Petsa kung kailan nangyari ang problema: Buwan: _____ Araw:
_____ Taon: _____

Tanggapan ng DOR kung saan nangyari ang problema:

Pangalan ng sangkot na Kawani ng DOR, kung naaangkop:

Ilarawan nang maikli kung ano ang nangyari:

Paano mo at/o ng DOR sinubukang lutasin ang problema? Mangyaring maging partikular hangga't maaari.

Pinapatunayan ko na ang pahayag na ito ng aking reklamo sa itaas at sa anumang mga pahinang nakalakip ay totoo sa abot ng aking kaalaman at paniniwala.

LAGDA

PETSA (MM/DD/YYYY)