

FORMULARIO DE QUEJA SOBRE ACCESO AL IDIOMA

Gracias por ayudarnos a mejorar nuestros servicios de acceso al idioma. El Departamento de Libertad Condicional del Condado de Los Ángeles (LACP) quiere asegurarse de que todas las personas puedan usar nuestros servicios en diferentes idiomas. Sus comentarios nos ayudan a brindarle un mejor servicio. Por favor, use este formulario para contarnos sobre su experiencia y cómo podemos mejorar.

¿Por qué usar este formulario?

Complete y envíe este formulario si nuestro departamento no le proporcionó la ayuda lingüística que necesitaba, como servicios de interpretación y/o traducción.

¿Qué sucede después?

1. Una vez que recibamos su formulario, nuestro departamento revisará y responderá a su queja.
2. **Seguimiento:** Si no recibe una respuesta dentro de **10 días hábiles**, comuníquese con nuestra Línea Directa del Ombudsman al 877-822-3222 o envíe un correo electrónico a ombudsman@probation.lacounty.gov
3. **Resolución:** Nuestro departamento le informará cómo se resolvió su queja lo antes posible, pero no más tarde de 90 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su queja.

Cómo Llenar Este Formulario

1. **Marque el problema:** ¿Su queja es sobre la ayuda con el idioma, como servicios de interpretación y/o traducción?
2. **Complete el formulario:** Llene todos los detalles para que podamos entender el problema.
3. **Envíenos el formulario:** Seleccione la opción que mejor le convenga:

- **Correo electrónico:** Envíelo a ombudsman@probation.lacounty.gov
- **Teléfono:** Llame al 877-822-3222
- **Correo postal:** Imprímalo y envíelo a: **Probation Headquarters** 9150 E. Imperial Hwy. Downey, CA 90242 **Atención: Ombudsman**

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con nosotros al ombudsman@probation.lacounty.gov.

UTILICE ESTE FORMULARIO SOLO PARA QUEJAS SOBRE ACCESO AL IDIOMA

¿Su queja se debe a que no recibió ayuda en un idioma distinto al inglés, como necesitar un intérprete o recibir una mala traducción?

- ☐ **Si**
☐ **No**

Si seleccionó “No”, esta no es una queja relacionada con el acceso al idioma. Por favor, comuníquese con nuestra **Oficina del Ombudsman al 877-822-3222** para otros asuntos. Si seleccionó “Sí”, continúe con la siguiente sección.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Fecha de hoy:

Nombre:

Apellido:

Correo electrónico:

Numero de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Código Postal:

¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted?

- ☐ **Correo electrónico**
☐ **Teléfono**
☐ **Correo postal**

¿Cuál es su idioma preferido para leer y escribir?

¿Cuál es su idioma preferido para hablar o usar lenguaje de señas?

SOBRE SU QUEJA

¿Con qué idioma necesitaba ayuda?

¿Dónde ocurrió el problema?

- ☐ **En persona (en una oficina del Condado)**

Dirección (calle y número):

Ciudad:

Código postal:

☐ **Por teléfono**

Fecha de la llamada:

Hora de la llamada:

☐ **En línea**

Sitio web o cuenta de redes sociales:

¿Qué salió mal? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ No sabía que podía pedir un intérprete o ayuda con la traducción.
- ☐ La información sobre los programas o servicios del Condado no estaba disponible en mi idioma.
- ☐ La traducción escrita fue difícil de entender.
- ☐ Ningún empleado del Condado hablaba mi idioma para ayudarme.
- ☐ El intérprete no tradujo correctamente.
- ☐ Otro (por favor describa):

Cuéntenos más sobre su queja. (Límite de 500 caracteres)

¿Cómo desea que se resuelva su queja sobre acceso al idioma? (Límite de 500 caracteres)

¿Alguien le ayudó a llenar este formulario? Si es así, por favor proporcione sus detalles.

Nombre:

Organización/Departamento:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

QUEJAS ANÓNIMAS

Puede enviar este formulario sin proporcionar su nombre. Sin embargo, si decide permanecer anónimo, no podremos contactarlo para obtener más detalles ni informarle sobre el resultado.

Tenga en cuenta: Las quejas pueden hacerse públicas conforme a la ley de California.