

Formulario de Queja de Acceso de Idioma

Si usted siente que no hemos podido atenderle debido a las barreras del idioma o falta de cumplimiento con la ley de servicios bilingüe Alatorre Dymally, CalPERS puede proveer asistencia adicional en el servicio a sus necesidades requeridas. Por favor proporcione la siguiente información y trataremos de resolver su queja de manera oportuna.

Su Primer Nombre: _____ Su Apellido: _____

Teléfono De Casa: _____ Otro Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Alguien está presentando esta queja por usted? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, incluir su nombre: _____ Apellido: _____

Naturaleza de la Queja (Por favor elija uno):

- ☐ Falta de asistencia por el personal de CalPERS en su idioma ☐ Falta de materiales traducidos en su idioma
☐ Intérprete disponible no era experto/conocedor ☐ Las traducciones no eran precisas
☐ Otro. Explicar: _____

Describa brevemente lo sucedido. Proporcione nombres y direcciones específicas si es posible.
Adjuntar páginas adicionales como sea necesario.

¿Cómo usted y CalPERS intentaron resolver el problema? Por favor sea específico como sea posible.

Certifico que esta declaración de mi queja y las páginas que se adjunta es verdadero a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma: _____ Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Puede enviar su forma y páginas adicionales por:

- Correo electrónico a **EEO@calpers.ca.gov**
- Correo a **CalPERS EEO Program** - Atención: Equal Employment Opportunity Office
400 Q Street Room 3340, Sacramento, CA 95811
- Fax a **(916) 795-3659**