



# Department of Building Inspection

## FORMULARIO DE QUEJAS DE ACCESO A IDIOMAS

El propósito de este formulario, es registrar quejas relacionadas con los servicios de acceso a idiomas. Por favor devuelva este formulario junto con los documentos relacionados a: Communications, Department of Building Inspection, 1660 Mission Street, San Francisco, CA 94103 or email [dbicustomerservice@sfgov.org](mailto:dbicustomerservice@sfgov.org).

<b>Fecha de Hoy</b>	__/__/____ (Mes/Día/Año)		
<b>Nombre</b>			
<b>Información de Contacto</b>	Correo Electrónico:	Teléfono:	
	Dirección Postal:		
DETALLES DE LA QUEJA			
<b>Fecha del Incidente</b>	__/__/____ (Mes/Día/Año)	<b>Hora (si la sabe)</b>	<input type="checkbox"/> __ a.m. <input type="checkbox"/> __ p.m.
<b>Departamento</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Problema de Acceso a Idiomas (marque todas las que apliquen)</b>	<input type="checkbox"/> 1. No se me informó sobre mi derecho de solicitar servicios de acceso a idiomas <input type="checkbox"/> 2. Falta de formularios/material escrito o documentos públicos traducidos <input type="checkbox"/> 3. Falta de empleados bilingües para proporcionarme asistencia en mi idioma <input type="checkbox"/> 4. Falta de un mensaje telefónico grabado en mi idioma <input type="checkbox"/> 5. Baja calidad de los servicios de interpretación/baja calidad de los documentos traducidos <input type="checkbox"/> 6. Retraso en el acceso a servicios en mi idioma <input type="checkbox"/> 7. Otro (por favor especifique) _____		
<b>¿En qué idioma necesitó asistencia?</b>	<input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita		
<b>Descripción de la Queja</b> (agregue paginas adicionales de ser necesario)			
	<b>¿Agregó páginas adicionales?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
FORM ASSISTANCE			
<b>¿Alguien le ayudó a completar este formulario?</b>	<input type="checkbox"/> Si (Escriba la información a continuación)		<input type="checkbox"/> No (Dejar en blanco)
<b>Asistido por</b>	<b>Nombre</b>	<b>Departamento/Organización</b>	
<b>Información de Contacto</b>	Correo Electrónico:	Teléfono:	
	Dirección Postal:		