

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN, ACCESO AL IDIOMA

Cualquier persona que crea que se le ha negado acceso útil o que la ciudad de Atlanta no ha cumplido con las regulaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. 2000(d) y Orden Ejecutiva 13166 pueden presentar una queja ante el Coordinador de Acceso a Idiomas de la Oficina del Alcalde de Asuntos de Inmigrantes.

Llene y envíe a:

Alcaldía de la ciudad de Atlanta, Oficina de Asuntos de Inmigrantes
55 Trinity Ave SE, Suite 2400
Atlanta GA 303016

Correo electrónico: iSpeakATL@atlantaga.gov

1. INFORMACION DE CONTACTO DEL DEMANDANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Idioma preferido: _____ Método de comunicación preferido: _____

2. DETALLES DE LA QUEJA

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____ AM PM

Departamento/Agencia que discriminó: _____

Título: _____

Ubicación/Dirección: _____

Problemas con: Falta de señalización que informe al público de servicios de interpretación y traducción
 Falta de formularios/materiales/avisos en un idioma que pueda entender

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> El intérprete hizo comentarios groseros o inapropiados |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> La falta de personal bilingüe retrasa los servicios |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> No me ofrecieron un intérprete |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Pedí un intérprete y me lo negaron |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Las habilidades del intérprete no eran buenas |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> No pude usar los servicios, programas o actividades |
| <input type="checkbox"/> _____ (otro) | <input type="checkbox"/> Otro (explique abajo) |

Breve descripción de la denuncia (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Describe que resolución está buscando:

Certifico que esta declaración es de buena fe y llenada a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

3. FORMULARIO DE ASISTENCIA

¿Alguien le ayudó a llenar este formulario? Sí (describa información abajo) No (dejar en blanco)

Nombre: _____

Correo electrónico y número de teléfono: _____

SOLO PARA USO INTERO	
Fecha recibida:	Acción tomada:
Persona de contacto:	
Teléfono:	Correo electrónico: