

CDCR – OFFICE OF PERSONNEL SERVICES

Attn: Bilingual Coordinator

1515 S Street, RM 211-S

Sacramento, CA 95811

E-Mail: BilingualServicesActCoordinator@cdcr.ca.gov

Language Access Complaint Form / Formulario de Queja Acceso Idioma

Please complete and submit this form to file a Language Access Complaint, via the mailing or email address listed on this form.

Por favor, complete y envíe este formulario para presentar una Queja de Acceso de la Lengua, vía el envío o dirección de correo electrónico que aparece en este formulario.

| Contact Information / Información Del Contacto | |
|---|--|
| Name / Nombre | |
| Address / Dirección | |
| Phone Number / Número Telefónico | |
| Email | |

| Complaint Details / Detalles de Quejas | |
|---|--|
| Date of Incident / Fecha del incidente | |
| Institution or Program / Institución o Programa | |
| Location or Address / Ubicación o Dirección | |
| What language do you need assistance with? / ¿Qué idioma necesita ayuda? | |
| Brief description of complaint / Breve descripción de la queja: | |
| | |

| Signature of the person making the complain / Firma de la persona que presenta la queja | |
|--|--------|
| I certify that this statement of my listed complaint and any pages attached is true to the best of my knowledge and belief. | |
| Signature: | Date: |
| Certifico que esta declaración de mi queja listado y cualquier páginas que adjunta es fiel a lo mejor de mi conocimiento y creencia. | |
| Firma: | Fecha: |