

	<b>State Police</b>	<b>Acceso a los servicios en su idioma: Formulario de queja</b>	<b>New York State Police Professional Standards Bureau 1220 Washington Ave, Bldg. 22 Albany, NY 12226 Fax: (518) 485-1493 Correo electrónico: <a href="mailto:iaffairs@troopers.ny.gov">iaffairs@troopers.ny.gov</a></b>
--	-------------------------	---	--

**Instrucciones:**

La policía del Estado de Nueva York debe tomar las medidas razonables para superar las barreras idiomáticas para los servicios y programas públicos. Para hacer esto, nuestro objetivo es 1) hablar con usted en su idioma y 2) brindarle formularios y documentación crítica en los principales seis idiomas que se usan con mayor frecuencia, aparte del inglés. Sus comentarios en este formulario nos ayudarán a lograr dicho objetivo. **Toda la información es confidencial.**

- Complete y firme el formulario. Si completa el formulario a mano, sírvase escribir en letra de molde en su totalidad y firmar con tinta negra.
- Envíe por correo, fax o correo electrónico el formulario completo, según lo indicado anteriormente.

**Persona que hace la queja**

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Idioma preferido	
Dirección		Ciudad	Estado
Número de teléfono celular		Número de otro teléfono	Dirección de correo electrónico
			Código postal

**Naturaleza de la queja**

¿Alguien le está ayudando a presentar esta queja?    **Sí**    **No**    **De ser sí, indique el nombre de dicha persona** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):

¿Cuál fue el problema? (Marque todas las casillas que correspondan y/o explique a continuación.)

**No se me ofreció un intérprete.**

**Solicité un intérprete y me fue negado.**

**Las habilidades del/de los intérprete(s) o traductor(es) no fueron buenas.** (Indique su(s) nombre(s), si los conoce.)

**El/los intérprete(s) hizo/hicieron comentarios groseros o inapropiados.**

**Los servicios se demoraron mucho.** (Explique a continuación.)

**No me entregaron formularios o avisos en un idioma que pueda comprender.** (Indique a continuación los documentos que necesita.)

**No pude hacer uso de los servicios, programas o actividades.** (Explique a continuación.)

**Otro.** (Explique a continuación.)

Fecha del problema	Horario del problema	¿Dónde ocurrió el problema?
	<b>AM</b> <b>PM</b>	

**Describa lo que sucedió.** (Sea específico. Use hojas adicionales si lo necesita. Escriba su nombre en letra de molde en cada hoja. Incluya los nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si los conoce. Indique el idioma, los servicios y los documentos que necesitó originalmente pero que luego no los obtuvo.)

¿Se quejó con alguien dentro de la Policía del Estado de Nueva York? Indique el nombre y la respuesta de esta persona. (Sea específico.)

**Certificación**

\* Certifico que esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que formula la queja	Fecha (mm/dd/aaaa)



**State  
Police**

**Acceso a los servicios en su idioma:  
Formulario de queja**

*New York State Police  
Professional Standards Bureau  
1220 Washington Ave, Bldg. 22  
Albany, NY 12226  
Fax: (518) 485-1493  
Correo electrónico:  
[iaffairs@troopers.ny.gov](mailto:iaffairs@troopers.ny.gov)*

**Do NOT write in this box. For office use only. /  
NO escriba en esta casilla. Para uso administrativo únicamente.**

Resolution:

**Reviewer Name** (Last, First, MI)

**Date** (mm/dd/yyyy)

**Signature**