



STATE OF CALIFORNIA – GOVERNOR EDMUND G. BROWN, JR.  
LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD  
NORTHERN CALIFORNIA LANGUAGE LIAISON, MIRELLA GOMEZ  
2400 VENURE OAKS WAY  
SACRAMENTO, CA 95833  
[Mirella.Gomez@cuiab.ca.gov](mailto:Mirella.Gomez@cuiab.ca.gov)  
PHONE (916) 263-8760 FAX (916) 263-3441

## CUIAB Formulario de Queja de Asistencia con el Idioma

Si usted cree que sus necesidades no se han sido satisfechas a causa de su escaso dominio del inglés u otras diferencias de comunicación, el CUIAB le brindará más asistencia con el idioma o las comunicaciones, para que pueda obtener la información o los servicios que solicitó.

Por favor de imprimir y firmar la forma en tinta azul o negra. Entonces, mande el formulario por correo, fax, o correo electrónico usando la información incluida arriba.

<b>Persona haciendo la queja:</b>	Numero de Caso (si disponible) _____
Nombre: _____ Apellido: _____	
Domicilio de Casa: _____	
Ciudad, o Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
Idioma de preferencia: _____ Correo Electrónico (si disponible): _____	
Teléfono de Casa: _____ Otro Teléfono: _____	
¿Le está ayudando alguien a llenar esta forma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, si incluya: Nombre: _____ Apellido: _____	

**¿Cual fue el problema?** Marque todas las cajas que apliquen y explique abajo.

- No fui ofrecido un interprete
- Pregunte por un intérprete y se me fue negado
- Las cualidades del interprete o traductor no eran buenas (Ponga el nombre abajo, si lo sabe)
- El intérprete hizo comentarios groseros o inadecuados
- Los servicios tomaron demasiado tiempo (Explique abajo)
- No se me dio formas o avisos en un lenguaje que pueda entender (Indique formas requeridas abajo)
- No pude usar los servicios, programas o actividades (Explique abajo)
- Otro (Explique abajo)

**¿Cuándo ocurrió el problema?** Fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  AM  PM

**¿En donde ocurrió el problema?** \_\_\_\_\_

**Describe lo sucedido.** Por favor de ser específico. Use hojas adicionales si necesario. Ponga su nombre en cada hoja. Indique el lenguaje, servicio y documentos requeridos. Incluya nombres, domicilios y números de teléfonos de personas involucradas, si se sabe.

¿Usted se quejó con alguien del Departamento/Agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta? Por favor de ser específico.

Certifico que esta declaración es cierta y verdadera.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(persona haciendo la queja)

**No escribe en esta caja. Solo para el uso de la oficina.**

Date: \_\_\_\_\_ Reviewer: \_\_\_\_\_  
Resolution: