



Formulario de Reclamación para Personas con Conocimiento Limitado del Inglés (LEP)

Si usted pidió asistencia de idioma, como un intérprete, y usted siente que el servicio que recibió no fue satisfactorio, usted puede usar este formulario para registrar una queja con el Departamento de Salud del Condado de St. Clair. No se requiere que usted use este formulario; una carta que proporciona la misma información también es suficiente para registrar su queja.

Entrégala o envíala a: LEP Coordinator, St. Clair County Health Department, 19 Public Square, Suite 150, Belleville, IL 62220. También puede registrar una queja con el Federal Coordination and Compliance Section – NWB, Civil Rights Division, U.S. Department of Justice, 950 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20530 (Sección de Coordinación y Cumplimiento Federal – NWB, División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de Estados Unidos).

Si necesita ayuda para llenar este formulario por favor contacte al Coordinador para Personas con Conocimiento Limitado del Inglés (LEP) por teléfono al (618) 233-7703.

Nombre de quien reclama: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de Casa: _____ Tel. de Trabajo: _____

Por favor explique lo más claramente posible que sucedió. Incluye como, cuando, donde y porque usted cree que ha recibido servicio no satisfactorio. Proporcione el lugar, nombres e información de contacto para cualquier testigo y otras personas involucradas en la discriminación alegada. (Puede adjuntar hojas adicionales si es necesario).

Firma de Quien Reclama

Relación

Fecha