



Estado de Hawái
Oficina de Acceso Lingüístico (OLA)
Formulario de reclamo

Información de contacto

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección	Ciudad	Estado
<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Teléfono	Correo electrónico	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

¿Presenta el reclamo en representación de alguien? Sí* NO

*En caso afirmativo, ¿en nombre de quién lo presenta?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección	Ciudad	Estado
<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Teléfono	Correo electrónico	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Información del reclamo

¿Quién o qué agencia/organización considera usted que le ha denegado asistencia lingüística?

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal _____

¿Con qué idioma le denegaron asistencia? _____

Detalle la(s) fecha(s) en las que se le denegó asistencia lingüística: _____

Naturaleza del problema:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se ha proporcionado un intérprete | <input type="checkbox"/> La traducción no fue eficaz |
| <input type="checkbox"/> No se ha proporcionado el material traducido | <input type="checkbox"/> La asistencia lingüística no fue oportuna |
| <input type="checkbox"/> El intérprete no era competente | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Describa lo sucedido. Sea lo más específico posible. Si lo necesita, use hojas adicionales.
