ILLINOIS STATE BOARD OF EDUCATION

100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

FORMULARIO DE QUEJA DE ACCESO AL IDIOMA

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIONES (COMMUNICATIONS DEPARTMENT)

Si siente que se le ha negado y / o restringido el acceso a los servicios, beneficios o programas estatales sobre la base de su idioma, complete este formulario y envíelo a la Junta de Educación del Estado de Illinois enviando un correo electrónico a languageaccess@isbe.net. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a Diana Torres al (312) 814-5818.

INFORMACIÓN SOBRE USTED

NOMBRE	TELÉFONO DE CASA (Incluye código de área)
DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (OPCIONAL)	TELÉFONO ALTERNATIVO (incluye código de área)
	¿Cuál es el horario más conveniente para contactarlo? ☐ AM ☐ PM
	CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN SOBRE SU QUEJA DE ACCESO AL IDIOMA:

Por favor, identifique el departamento/localidad de la Junta de Educación del Estado de Illinois (Springfield/Chicago) en el que ocurrió el/los incidente(s) sobre el que se queja:

Por favor, identifique lo mejor que pueda al empleado(s) de la Junta de Educación del Estado de Illinois y/o a otra(s) persona(s) involucrada(s) en el incidente(s):

Por favor, identifique la(s) hora(s) y fecha(s) aproximada(s) en que ocurrió(n) el(los) incidente(s):

Por favor, describa su problema o inquietud. Asegúrese de incluir información como: quién estuvo involucrado y qué hicieron y / o dijeron; si intentó y no pudo acceder a la información o los servicios de la Junta de Educación del Estado de Illinois; y cualquier otra información que creas importante. Si necesita espacio adicional o tiene material escrito adicional relacionado con su queja, adjúntelo a este formulario.

¿Tiene testigos que tengan información sobre su queja? Si es así, indique sus nombres, direcciones y números de teléfono.

NOMBRE	**DIRECCIÓN (Opcional)**	**NÚMERO DE TELÉFONO** **(incluya código de área)**

INFORMACIÓN DE ACCESO AL IDIOMA:

1. ¿Qué idioma(s) hablas _____

2. ¿Lees y escribes en tu idioma? _____

3. ¿Tuvo ayuda para completar este formulario? _____

Si respondió "Sí" al #3, enumere el nombre y la información de contacto de la persona que lo ayudó:

_____

Certifico que he leído esta queja y que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

_____ ***Firma digital u original***

_____ *Fecha*

Imprimir Restablecer