



Departamento Judicial de Oregon

Acceso Idiomático a los Servicios del Tribunal Formulario de Reclamos

Llene y presente este formulario envíe por correo electrónico a Court.Interpreter.Program@ojd.state.or.us
 envíe por fax al 503-961-7636 envíe a 1163 State Street, Salem, OR 97301



Si no habla/escribe el inglés, el Servicio de Interpretes del Tribunal tiene acceso a interpretes y le puede hablar en cualquier idioma.

INFORMACION PERSONAL DEL RECLAMANTE

La persona quién experimentó la negación del acceso idiomático a los servicios del tribunal:

Nombre: _____
Primero Segundo Apellidos

Teléfono: _____
De Casa Celular

Dirección Postal: _____
Buzón postal o número y calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____

¿Llena este formulario de reclamo en favor de otra persona? Si es así, favor de proporcionar su información de usted:

Nombre: _____
Primero Segundo Apellidos

Teléfono: _____
De Casa Celular

Dirección Postal: _____
Buzón postal o número y calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____

DETALLES DEL RECLAMO

Motivo de presentar el reclamo

El tribunal no ofreció intérprete

El interprete no hablaba mi idioma. El interprete no interpretó correctamente.

El tribunal me limitó o me negó el acceso a programas, actividades, o servicios patrocinados por el OJD debido a

dominio limitado del inglés

El tribunal no tradujo a tiempo documentos vitales, urgentes, o que exigían respuesta

Otro

¿Qué pasó? *Describa su reclamo. Proporcione sobre su experiencia tanto detalle como sea posible.*

Continúe en la página 5, de ser necesario.

INFORMACIÓN DEL TRIBUNAL

Nombre del Tribunal y/o Condado _____

Dirección: _____
Número y calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Su Número de Caso _____

¿Quiere que sepamos o que consideremos alguna otra información?

Continúe en la página 5, de ser necesario.

Continúe en esta página de ser necesario

**GUARDE UNA COPIA DE ESTE RECLAMO PARA SUS
REGISTROS**