**CCHCS – Disability Management and Employee Wellness Services**

Attn: Bilingual Coordinator

P.O Box 588500, Bldg D

Elk Grove, CA 95758

**Language Access Complaint Form/** **Form ng Reklamo sa Language Access**

Please complete and submit this form to file a Language Access Complaint, via emailing the address listed on this form.

Mangyaring kumpletuhin at isumite ang form na ito, upang maghain ng reklamo sa Language Access, sa pamamagitan ng pagpapadala sa koreo o email address na nakalista sa form na ito.

|  |
| --- |
| **Contact Information/** **Impormasyon sa Pagkontak** |
| Name/ Pangalan |  |
| Address/ Tirahan |  |
| Phone Number/ Numero ng Telepono |  |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **Complaint Details/** **Detalye ng Reklamo** |
| Date of Incident/ Petsa ng Pangyayari |  |
| Institution or Program/ Institusyon o Programa |  |
| Location or Address/ Lokasyon o Address |  |
| What language do you need assistance with?/ Sa anong wika kailangan mo ng tulong? |  |
| Brief description of complaint/ Maikling paglalarawan ng reklamo: |

|  |
| --- |
| **Signature of the person making the complaint/** **Lagda ng taong gumagawa ng reklamo** |
| I certify that this statement of my listed complaint and any pages attached is true to the best of my knowledge and belief.Signature: Date: |
| Pinapatunayan ko na ang pahayag na ito ng aking mga nakalistang reklamo at anumang mga pahina na naka-attach ay tama sa abot ng aking kaalaman at paniniwala.Lagda: Petsa: |