

# Conozca sus derechos Servicios de idioma en el NYSDOL

En el Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (New York State Department of Labor), los **documentos vitales** se proporcionan en chino, criollo haitiano, italiano, coreano, ruso y español. También pueden encontrarse disponibles materiales en otros idiomas. Los **servicios de interpretación de idiomas** se proporcionan en más de 200 idiomas.

### ¿Qué debo esperar si visito el Departamento de Trabajo?

Cada oficina del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York que esté abierta al público debe proporcionar servicios de interpretación sin costo alguno para usted. Esto incluye a los Centros del Desarrollo Profesional del Estado de Nueva York.

Se debe exhibir un cartel denominado **Language Identification Tool (Herramienta de identificación de idiomas)** en su oficina local. El cartel dice “Señale su idioma. Se llamará a un intérprete. Se proporciona un intérprete sin ningún costo para usted” en más de treinta idiomas.

Si no ve un cartel de Herramienta de identificación de idiomas en su oficina local, pregunte por él.

### ¿Tuvo una buena experiencia con los servicios de idiomas en el Departamento de Trabajo?

¿Le gustaría contarnos sobre cómo lo ayudó uno de nuestros empleados? Envíenos un correo electrónico a [DIPA@labor.ny.gov](mailto:DIPA@labor.ny.gov) o llame a la División de Políticas y Asuntos de Inmigrantes al (877) 466-9757.

### ¿Quién supervisa los servicios?

Cada agencia cuenta con un coordinador de Acceso al idioma para supervisar los servicios al público del Acceso a idiomas de la agencia. La información de contacto del coordinador de Acceso al idioma del Departamento de Trabajo es la siguiente:

**Coordinador de acceso al idioma:** Eric Denk  
**Teléfono de la oficina:** (607) 778-2836  
**Teléfono celular:** (607) 205-5491  
**Correo electrónico:** [Eric.Denk@labor.ny.gov](mailto:Eric.Denk@labor.ny.gov)  
**Fax:** (212) 775-3389

**Dirección postal:**  
171 Front Street  
Binghamton NY 13905

**Contacto alternativo:** División de Políticas y Asuntos de Inmigrantes  
**Llamada gratuita:** (877) 466-9757  
**Correo electrónico:** [DIPA@labor.ny.gov](mailto:DIPA@labor.ny.gov)





## Acceso a servicios en su idioma: Formulario de reclamo

La política del estado de Nueva York consiste en tomar las medidas necesarias para superar las barreras lingüísticas que impidan el acceso a programas y servicios públicos.

Para cumplir con esta política, nuestro objetivo es: 1) conversar con usted en su idioma y 2) proporcionar los formularios y documentos importantes en los seis idiomas que se utilizan con mayor frecuencia, además del inglés.

Los comentarios que usted proporcione en este formulario nos ayudarán a lograr ese objetivo. **Toda la información es confidencial.**

Imprima este formulario y fírmelo con tinta negra. Luego, envíelo por correo, fax o correo electrónico a la dirección que se indica más arriba.

**Persona que presenta el reclamo:** Número de identificación del reclamante, si está disponible: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, pueblo o aldea: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico, si está disponible: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la residencia: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

¿Alguien lo está ayudando a presentar este reclamo?  Sí  No

Si la respuesta es 'Sí', informe lo siguiente sobre esa persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el problema? Marque todas las casillas que correspondan y explique a continuación.

- No se me ofreció un intérprete
- Solicité un intérprete y se me negó
- Las habilidades de los intérpretes o de los traductores no eran adecuadas (mencione los nombres, si los sabe)
- Los intérpretes hicieron comentarios groseros o inapropiados
- Los servicios requirieron demasiado tiempo (explique a continuación)
- No se me proporcionaron formularios o avisos en un idioma que entienda (a continuación, detalle los documentos necesarios)
- No pude utilizar servicios, programas ni realizar actividades (explique a continuación)
- Otro (explique a continuación)

¿Cuándo sucedió el problema? Fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  A. M.  P. M.

¿Dónde sucedió el problema? \_\_\_\_\_

**Describe lo que sucedió.** Sea específico. Si es necesario, utilice más páginas. Escriba su nombre en letra de molde en todas las páginas. Detalle el idioma, los servicios y los documentos necesarios. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de las personas involucradas, si los sabe.

¿Le manifestó su reclamo a alguien del departamento o de la agencia? ¿Quién le respondió y cuál fue la respuesta? Sea específico.

**Certifico que la presente declaración es verdadera según mi leal saber y entender.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
(Persona que presenta el reclamo)

**No escriba en este recuadro. Para uso exclusivo de la oficina**

Date:  
Resolution:

Reviewer: