



## Proceso de Resolución de la Junta de Apelaciones de Seguro de Desempleo de California (C.U.I.A.B.) de la Asistencia con el Idioma y la Comunicación

Si usted cree que sus necesidades no se han satisfecho a causa de su escaso dominio del inglés u otras diferencias de comunicación, el C.U.I.A.B. le brindará más asistencia con el idioma o las comunicaciones, para que pueda obtener la información o los servicios que solicitó.

Haga lo siguiente si necesita asistencia.

Llame a nuestra coordinadora de servicios lingüísticos del sur de California, Anissa Bell al 714-562-5595 o nuestra coordinadora de servicios lingüísticos del norte de California, Mirella Gomez al 916-263-8760. Ellas harán todo lo que puedan para asistirle.

O, usted puede presentar sus preocupaciones por escrito y enviarlas a la coordinadora de servicios lingüísticos del sur de California, Anissa Bell al:

California Unemployment Insurance Appeals Board  
Attn: Anissa Bell  
6 Centerpointe Drive, 4th Floor  
La Palma, CA 90623

O, a la coordinadora de servicios lingüísticos del norte de California, Mirella Gomez al:

California Unemployment Insurance Appeals Board  
Attn: Mirella Gomez  
2400 Venture Oaks Way, Suite 400  
Sacramento, CA 95833

Tenga la siguiente información a mano:

1. Su nombre y apellido, número del caso, dirección, y el número de teléfono (o número de mensaje).
2. La fecha en que intentó obtener el servicio y la ubicación del servicio.
3. La descripción del servicio que usted solicitó.

CUIAB intentará resolver su inquietud dentro de los cinco (5) días laborales del recibo.



**ESTADO DE CALIFORNIA - GOVERNADOR GAVIN NEWSOM  
LA AGENCIA DE DESAROLLO LABORAL Y DE LA FUERZA LABORAL  
JUNTA DE APELACIONES DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA**

**Coordinadora de Servicios Lingüísticos Del Sur de California, Anissa Bell  
6 Centerpointe Drive, 4<sup>th</sup> Floor  
La Palma, CA 90623**

**Correo electrónico: [Anissa.Bell@cuiab.ca.gov](mailto:Anissa.Bell@cuiab.ca.gov)  
Teléfono: 714-562-5595 Fax: 714-562-5599**

**Coordinadora de Servicios Lingüísticos Del Norte de California, Mirella Gomez  
2400 Venture Oaks Way, Suite 400  
Sacramento, CA 95833**

**Correo electrónico: [Mirella.Gomez@cuiab.ca.gov](mailto:Mirella.Gomez@cuiab.ca.gov)  
Teléfono: 916-263-8760**

**Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (C.U.I.A.B.)  
Formulario de Queja de Asistencia con el Idioma**

Si usted cree que sus necesidades no se han sido satisfechas a causa de su escaso dominio del inglés u otras diferencias de comunicación, el C.U.I.A.B. le brindará más asistencia con el idioma o las comunicaciones, para que pueda obtener la información o los servicios que solicitó.

Por favor de imprimir y firmar la forma en tinta azul o negra. Entonces, mande el formulario por correo, fax, o correo electrónico a la coordinadora de servicios lingüísticos apropiada usando la información incluida arriba.

---

---

**Persona haciendo la queja:**

Número de Caso (si disponible):

Nombre:

Apellido:

Domicilio de Casa:

Ciudad, o Pueblo:

Estado:

Código Postal:

Idioma de Preferencia:

Correo Electrónico (si disponible):

Teléfono de Casa:

Otro Teléfono:

¿Le está ayudando alguien a llenar esta forma? Si  No  Si, si incluya:

Nombre:

Apellido:

---

---

**¿Cuál fue el problema?** Marque todas las casillas que apliquen y explique abajo.

- No fui ofrecido un intérprete
- Pregunte por un intérprete y se me fue negado
- Las cualidades del interprete o traductor no eran buenas  
(Ponga el nombre abajo, si lo sabe)
- El intérprete hizo comentarios groseros o inadecuados
- Los servicios tomaron demasiado tiempo (Explique abajo)
- No se me dio formas o avisos en un lenguaje que pueda entender  
(Indique formas requeridas):
- No pude usar los servicios, programas o actividades (Expliqué abajo)
- Otro (Explique:           )

---

---

**¿Cuándo ocurrió el problema?** Fecha:(MM/DD/AAAA):            Hora:            AM  PM

**¿En donde ocurrió el problema?**

**Describe lo sucedido.** Por favor de ser específico. Use hojas adicionales si necesario. Ponga su nombre en cada hoja. Indique el lenguaje, servicio y documentos requeridos. Incluya nombres, domicilios y números de teléfonos de personas involucradas, si se sabe.

---

---

¿Usted se quejó con alguien del Departamento/Agencia? ¿Quién y cuál fue la respuesta? Por favor de ser específico.

---

---

Certifico que esta declaración es cierta y verdadera.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Persona haciendo la queja)

---

---

**No escribe en esta caja. Solo para el uso de la oficina.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Revisor: \_\_\_\_\_

Resolución: