



CALIFORNIA CORRECTIONAL HEALTH CARE SERVICES

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 sa Pagreklamo tungkol sa Access sa Wika

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

Pakikumpleto at isumite ang form na ito para magsumite ng Reklamo tungkol sa Access sa Wika, sa pamamagitan ng address sa sulat o email address na nakalista sa form na ito.

Contact Information / Impormasyon para sa Pakikipag-ugnayan	
Name / Pangalan	
Address / Tirahan	
Phone Number / Numero ng Telepono	
Email	

Complaint Details / Mga Detalye ng Reklamo	
Date of Incident / Petsa ng Insidente	
Institution or Program / Institusyon o Programa	
Location or Address / Lokasyon o Address	
What language do you need assistance with? / Sa anong wika ka nangangailangan ng tulong?	
Brief description of complaint / Maikling paglalarawan ng reklamo:	

Signature of the person making the complain / Pirma ng taong nagrereklamo	
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:
Pinatutunayan ko na totoo sa abot ng aking kaalaman at paniniwala itong pahayag ng aking nakalistang reklamo at anumang mga nakalakip na pahina.	
Pirma:	Petsa:

For general questions or form submission E-mail/ Para sa mga pangkalahatang tanong o pagsusumite ng form Mag-email sa

E-mail: CCHCS_Disability_Managment_Unit@cdcr.ca.gov

Rev 10/6/2015