

**QUEJA SOBRE  
ACCESO LINGÜÍSTICO**

JD-ES-353S New 5-23

Para información sobre ajustes  
acorde con la ley ADA, llame a la  
Oficina Central de ADA al 860- 706-5310  
o visite: [www.jud.ct.gov/ADA/](http://www.jud.ct.gov/ADA/)

ESTADO DE CONNECTICUT  
RAMA JUDICIAL  
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA  
[www.jud.ct.gov](http://www.jud.ct.gov)



**Instrucciones**

Rellene el formulario y envíelo por correo electrónico a: [LEP@jud.ct.gov](mailto:LEP@jud.ct.gov) o por correo postal a: Interpreter and Translator Services, Superior Court Operations Division, 90 Washington Street, Hartford, CT 06106. Una vez que la Rama Judicial reciba la queja, el Funcionario de Acceso Lingüístico (o su agente designado) llevará a cabo una investigación.

Después de que el querellante se entere del presunto incumplimiento, la queja debe presentarse lo más pronto posible, preferiblemente en un plazo de treinta (30) días naturales. Explique de la forma más clara posible lo que ocurrió. Indique cómo, cuándo, dónde y por qué usted cree que recibió un servicio deficiente o se le discriminó. Si fuera posible, proporcione la ubicación, los nombres y la información de contacto de todos los testigos y otras personas involucradas en el presunto incumplimiento. (Puede adjuntar páginas adicionales, de ser necesario).

No es necesario utilizar este formulario; una carta que incluya la misma información es suficiente para presentar una queja. Si necesita asistencia para completar este formulario, comuníquese con el Coordinador LEP por teléfono llamando al 860-706-5310.

Nombre de la persona que presenta la queja	Dirección de correo electrónico	Teléfono
Dirección postal		
Fecha del presunto incumplimiento	Hora del presunto incumplimiento	Lugar donde ocurrió el presunto incumplimiento
Describa el presunto incumplimiento		

No complete este formulario. Utilice este formulario como guía.  
Para llenar el formulario oficial que está escrito en inglés.

Nombre(s) e información de contacto de todo testigo o persona relevante

Firma de la persona que presenta la queja ( <i>campo obligatorio</i> )	Nombre	Fecha
--	--------	-------