



**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental**

ACA 1557 FORMULARIO DE DENUNCIA

El Usuario debe completar este formulario y enviarlo por correo electrónico a ACA1557@dbh.sbcounty.gov, o por correo postal a:

DBH Office of Cultural Competency and Ethnic Services
Attn: ACA 1557 Coordinator
303 E. Vanderbilt Way
San Bernardino, CA 92415

El usuario puede también llamar directamente al Coordinador de ACA 1557:
Teléfono: (909) 386-8223, TTY: 711

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección de su hogar	SSN (últimos cuatro ####)
Ciudad y Código Postal	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro

N.º de Teléfono	Idioma preferido
En cualquier momento de los procesos de Denuncia o Apelación, el denunciante puede autorizar a una persona para que tome acción o participe en el proceso actuando en su nombre y representación o para que lo ayude con el proceso.	

¿Usará a un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es "Sí", proporcione el nombre y N.º de teléfono de esa persona a continuación
---	--

Nombre	N.º de Teléfono
--------	-----------------

Por favor, identifique el(las) área(s) en las que considera que fue discriminado:		
<input type="checkbox"/> Raza/Etnia	<input type="checkbox"/> Género	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Discapacidad
Los derechos de no discriminación: <input type="checkbox"/> No fueron publicados <input type="checkbox"/> No fueron incluidos en el material enviado por correo <input type="checkbox"/> No fueron colocados en el sitio web		
El Servicio de idiomas: <input type="checkbox"/> No estuvo disponible <input type="checkbox"/> No estaba suficientemente calificado <input type="checkbox"/> No se me proporcionó a tiempo <input type="checkbox"/> Fue inexacto <input type="checkbox"/> No protegió mi privacidad		
El intérprete de lenguaje de señas (ASL): <input type="checkbox"/> No estuvo disponible <input type="checkbox"/> No estaba suficientemente calificado <input type="checkbox"/> No se me proporcionó a tiempo <input type="checkbox"/> Fue inexacto <input type="checkbox"/> No protegió mi privacidad		
<input type="checkbox"/> No hubo disponibilidad de material impreso o electrónico en mi idioma		
<input type="checkbox"/> No contaban con aparatos auditivos o ayudas visuales <input type="checkbox"/> Los servicios de interpretación por video fueron de mala calidad		



**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental**

ACA 1557 FORMULARIO DE DENUNCIA

<input type="checkbox"/> No tuve acceso a los programas, información y actividades de salud en línea
<input type="checkbox"/> Las instalaciones no son accesibles para personas con movilidad limitada y/o con visión baja/ceguera.
<input type="checkbox"/> Otro problema

Fecha del acto de discriminación:
Por favor, describa su denuncia detalladamente:

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha
---------------------------------	--------------	--------------