



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 ACA\_1557@dbh.sbcounty.gov, o por correo postal a:

DBH Office of Equity and Inclusion
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) 252-5143, TTY: 711

Form fields: Nombre, Fecha de nacimiento, Dirección de su hogar, SSN (últimos cuatro ####), Ciudad y Código Postal, Género: M, F, Otro

Form fields: N.º de Teléfono, Idioma preferido
Text: 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.

Form fields: ¿Usará a un representante autorizado? Sí No, Si su respuesta es "Sí", proporcione el nombre y N.º de teléfono de esa persona a continuación

Form fields: Nombre, N.º de Teléfono

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

<b>Fecha del acto de discriminación:</b>
<b>Por favor, describa su denuncia detalladamente:</b>

---

<b>Nombre en letra de molde</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
---------------------------------	--------------	--------------