CUIAB Language/Communication Assistance Resolution Process

If you feel your needs have not been met because of language (limited-English proficiency) or other communication differences, CUIAB will provide additional language or communication assistance to help you obtain the information or services you have requested.

Please take the following steps if you need assistance.

Call our Language Services Liaison, Anissa Bell, at (714) 562-5595. She will make every effort to assist you.

Or, you may submit your concerns in writing and mail them to:

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

Please provide the following information:

1. Your name, case number, address, and telephone number (or message number).
2. Date service was sought and location of service.
3. Description of the service sought by you.

CUIAB will attempt to resolve your concern within five (5) business days upon receipt.

Proceso de Resolución del CUIAB 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 CUIAB 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, Anissa Bell, al (714) 562-5595. Ella hará todo lo que pueda para asistirle.

O, usted puede presentar sus preocupaciones por escrito y enviarlas al:

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

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.

STATE OF CALIFORNIA – GOVERNOR GAVIN NEWSOM
LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD
SOUTHERN CALIFORNIA LANGUAGE LIAISON, ANISSA BELL
6 CENTERPOINTE DRIVE, 4TH FLOOR
LA PALMA, CA 90623
Anissa.Bell@cuiab.ca.gov
PHONE (714) 562-5595 FAX (714) 562-5599

CUIAB Language Access Complaint Form

If you feel your needs have not been met because of language (limited-English proficiency) or other communication differences, CUIAB will provide additional language or communication assistance to help you obtain the information or services you have requested.

Please print, and sign the form with blue or black ink. Then send it by mail, fax, or email written above.

Person making the complaint: Case Number (if available): _____
First name: _____ Last name: _____
Street address: _____
City, Town or Village: _____ State: _____ Zip code: _____
Preferred language: _____ E-mail address (if available): _____
Home phone: _____ Other phone: _____
Is someone else helping you file this complaint? Yes ☐ No ☐ If 'Yes', include their:
First name: _____ Last name: _____

What was the problem? Check all the boxes that apply and explain below.

- ☐ I was not offered an interpreter
- ☐ I asked for an interpreter and was denied
- ☐ The interpreter or translator's skills were not good (List their name below, if known)
- ☐ The interpreter made rude or inappropriate comments
- ☐ The services took too long (Explain below)
- ☐ I was not given forms or notices in a language I can understand (List documents needed below)
- ☐ I was unable to use services, programs or activities (Explain below)
- ☐ Other (Explain below)

When did problem happen? Date (MM/DD/YYYY): _____ Time: _____ ☐AM ☐PM
Where did problem happen? _____
Describe what happened. Please be specific. Use additional pages as needed. Print your name on each sheet. List language, services and documents needed. Include names, addresses and phone numbers of people involved, if known.

Did you complain to anyone from the Department/Agency? Who and what was the response? Please be specific.

I certify that this statement is true to the best of my knowledge and belief.

Signature: _____ **Date**: _____
(Person making the complaint)

Do not write in this box. For office use only.

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution:

STATE OF CALIFORNIA – GOVERNOR GAVIN NEWSOM
LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD
SOUTHERN CALIFORNIA LANGUAGE LIAISON, ANISSA BELL
6 CENTERPOINTE DRIVE, 4TH FLOOR
LA PALMA, CA 90623
Anissa.Bell@cuiab.ca.gov
PHONE (714) 562-5595 FAX (714) 562-5599

CUIAB 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 CUIAB 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 usando la información incluida arriba.

Persona haciendo la queja: Numero 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 cajas que apliquen y explique abajo.
- ☐No fui ofrecido un interprete
- ☐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 abajo)
- ☐No pude usar los servicios, programas o actividades (Explique abajo)
- ☐Otro (Explique abajo)

¿Cuando ocurrió el problema? Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____ ☐AM ☐PM
¿En donde ocurrió el problema? _____
Describa lo sucedido. Por favor de ser especifico. 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 especifico.

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.

Date:_____ Reviewer:_____

Resolution: