



DEPARTAMENTO DE DERECHOS CIVILES, INCLUSIÓN Y OPORTUNIDAD  
FORMA DE RECLAMACIÓN SOBRE ACCESO LINGÜÍSTICO

Esta forma es diferente a la Forma Oficial de Denuncia bajo el Título VI del Departamento de CRIO. Esta forma es específicamente para individuos quienes sienten que no han recibido adecuado acceso a un servicio de la ciudad de Detroit que debería de haber sido accesible a ellos en el idioma en que ellos pidieron. Falta de acceso adecuado puede incluir falta de acceso a un documento de la ciudad—traducido o no—, servicios de interpretación correctos y la falta de servicios de interpretación, entre otras oposiciones relacionados a servicios lingüísticos.

*Si se necesita asistencia para llenar esta forma debido a un deterioro, favor de contactar el Departamento de Derechos Civiles por teléfono al (313) 224-4950 o por correo electrónico a [crio@detroitmi.gov](mailto:crio@detroitmi.gov). El departamento CRIO está disponible durante el horario regular, como listado en la página de web del departamento.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (de Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_

Individuo(s) negados servicios (si diferente al listado arriba):

*Nota: Se puede usar hojas adicionales si es necesario.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (de Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_

Nombre del Departamento(s) involucrado(s):

Nombre del Departamento(s): \_\_\_\_\_

Nombre del empleado (Si aplicable o sabido): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha del reclamado incidente: \_\_\_\_\_

Descripción del asunto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idioma, servicio y documentos necesitados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta porción debe ser llenada sólo por el Departamento CRIO:**

Firma de empleado: \_\_\_\_\_ Fecha recibido: \_\_\_\_\_

Que fue hecho: \_\_\_\_\_



CIVIL RIGHTS, INCLUSION, AND OPPORTUNITY DEPARTMENT
LANGUAGE ACCESS GRIEVANCE FORM

This form is separate from the Official CRIO Department Title VI Complaint Form. It is specifically for LEP individuals who feel they did not receive meaningful access to a City service that should have been available to them in a language of their choosing.

If assistance is needed to complete this form due to an impairment, please contact the Civil Rights Department by phone at (313) 224-4950 or by email at crio@detroitmi.gov.

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
Street Address: \_\_\_\_\_
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_
Phone Number (Home): \_\_\_\_\_ Phone Number (Cellular): \_\_\_\_\_

Individual(s) denied service (if different than listed above):

Note: Additional pages may be used if necessary.

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
Street Address: \_\_\_\_\_
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_
Phone Number (Home): \_\_\_\_\_ Phone Number (Cellular): \_\_\_\_\_
Relation to the individual indicated above: \_\_\_\_\_

Name of Department(s) involved:

Department(s) Name: \_\_\_\_\_
Name of employee (if applicable or known): \_\_\_\_\_
Street Address: \_\_\_\_\_
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_
Date of alleged incident: \_\_\_\_\_

Description of Grievance:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Language, Service, and Documents needed:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

-----

To be filled out by the Civil Rights, Inclusion, & Opportunity Department:

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

Action Taken: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_