



CALIFORNIA CORRECTIONAL HEALTH CARE SERVICES

CCHCS – Disability Management and Employee Wellness Services

Attn: Bilingual Coordinator
P.O Box 588500, Bldg D
Elk Grove, CA 95758

Language Access Complaint Form / भाषा पहुँच शिकायत फॉर्म

Please complete and submit this form to file a Language Access Complaint, via the mailing or email address listed on this form.

भाषा पहुँच शिकायत दाखिल करने के लिए कृपया यह फॉर्म भरें और इस फॉर्म पर दिए गए डाक या ईमेल पते के माध्यम से जमा करें।

Contact Information / संपर्क जानकारी	
Name / नाम	
Address / पता	
Phone Number / फ़ोन नंबर	
Email / ईमेल	

Complaint Details / शिकायत का विवरण	
Date of Incident / घटना की तिथि	
Institution or Program / संस्था या कार्यक्रम	
Location or Address / स्थान या पता	
What language do you need assistance with? / आपको किस भाषा में सहायता की ज़रूरत है?	
Brief description of complaint / शिकायत का संक्षिप्त विवरण	

For general questions or form submission E-mail/ सामान्य प्रश्नों या फॉर्म जमा करने के लिए ई-मेल
ई-मेल: CCHCS_Disability_Management_Unit@cdcr.ca.gov

Rev 10/6/2015



CALIFORNIA CORRECTIONAL HEALTH CARE SERVICES

Signature of the person making the complain / शिकायत करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

I certify that this statement of my listed complaint and any pages attached is true to the best of my knowledge and belief.

Signature:

Date:

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी सूचीबद्ध शिकायत का यह बयान और कोई संलग्न पृष्ठ मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है।

हस्ताक्षर:

तिथि: