

Programa de intérpretes del tribunal Formulario de queja

Favor de usar letra de molde a o escribir a máquina, use tinta negra.

Nombre de intérprete:		Nombre de usted:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:		Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Estado:	Código Postal:
Código del Area/Teléfono:		Código del Area/Teléfono:	
¿Fue éste la intérprete de Ud.?	<input type="checkbox"/> Sí	Correo electrónico de usted:	
	<input type="checkbox"/> No		
Si no ¿de quién?		Fecha(s) en la(s) que ocurrió la conducta de que se queja:	

DECLARACION DE HECHOS: Dé un resumen cronológico detallado de la conducta que Ud. cree ser no profesional. Favor de usar lenguaje sencillo y claro. (Utilice más folios si es necesario)

Certifico que toda la información presentada es fiel y correcta a mi leal saber.

Firma: _____ Fecha: _____

Firme y feche el formulario, y envíe por correo a la: Office of Court Operations-Court Interpreter Program, 110 E. Main Street, Suite 410, Madison WI 53703-3328 o envíe por correo electrónico al carmel.capati@wicourts.gov or envíe por facsímil a 608.267.0911