BARROW COUNTY SCHOOL SYSTEM

Language Assistance Services Complaint Form
Interpretation or Translation

Formulario de queja

YOUR INTERPRETATION AND TRANSLATION NEEDS ARE VERY IMPORTANT TO US
Sus deseos de obtener traducción al español nos importan muchísimo

Please return this completed form to the District Central Offices:

Favor de entregar este formulario a las oficinas centrales del Sistema Escolar:

179 West Athens St., Winder GA 30680
phone: (770) 867-4527 fax: (770) 867-4540
scott.king@barrow.k12.ga.us

Parent/Guardian Contact Information:

Date/*Fecha*: _____

Name: _____ Home Phone: _____
Nombre *Teléfono en casa*

Cell Phone: _____ Email: _____
Celular *Correo Electrónico*

Address (optional): _____
Dirección (opcional)

Child's/Children's Name(s): _____ Language Requested: _____
Nombre de su hijo(a) *Idioma pedido*

Please explain, in your primary language, the written translation or oral interpretation services that you are dissatisfied with. Provide as many details as possible, including the name(s) of document(s) and the name of the department or school. You may add additional pages if necessary. *Por favor, explique en su idioma principal los servicios de traducción que no fueron sastifactorios. Les rogamos que nos den todos los detalles que sean posible incluyendo el nombre de la escuela y del departamento. Por favor, añada Ud. más hojas de papel si es necesario escribir más.*

Date of Service (if applicable): _____ School or Department: _____
Fecha del servicio (si se le aplica) *Escuela o Departamento*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____