

SISTEMA DE TRIBUNALES DE MINNESOTA



FORMULARIO DE LA OPINIÓN DE LAS PERSONAS QUE REQUIEREN LOS SERVICIOS DE INTÉRPRETE

Los tribunales de Minnesota desean proporcionar el mejor servicio posible a las personas que requieren de intérpretes. Por favor, ayúdenos a seguir mejorando dándonos su opinión acerca de la experiencia que tuvo con el sistema de tribunales.

Idioma: _____

Nombre del intérprete nombrado por el tribunal: _____

Por favor califique lo que se pregunta a continuación en base a lo siguiente:

1 = completamente en desacuerdo 2 = en desacuerdo 3 = de acuerdo 4 = completamente de acuerdo

EN GENERAL:

El personal del tribunal fue cortés y respetuoso.

___1 ___2 ___3 ___4

especifique quién (por ejemplo, personal del mostrador, alguacil, juez, etc):

Hubo un intérprete a mi disposición cuando vine al tribunal.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

El personal del tribunal me ayudó a localizar al intérprete.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

Pude comunicarme de manera eficaz con el personal del tribunal sin importar la barrera del idioma.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

INTÉRPRETE DEL TRIBUNAL:

Mi intérprete fue cortés y respetuoso.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

Pude comunicarme bien con mi intérprete.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

Creo que mi intérprete dio una interpretación completa y correcta de lo que se dijo en el tribunal.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

Mi intérprete llegó a tiempo.

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

En general, me siento satisfecho con el intérprete que me ayudó en el tribunal

___1 ___2 ___3 ___4

comentario:

Comentarios Adicionales: _____

¿Por qué motivo tuvo que venir al tribunal? (Por favor indique TODOS los que se apliquen)

- | | | |
|--|-------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Tribunal Penal | _____ Acusado | _____ Otro |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Drogas | _____ Acusado | _____ Otro |
| <input type="checkbox"/> Tribunal Civil General | _____ Demandante | _____ Demandado |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Familia | _____ Solicitante | _____ Demandado |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Abuso Doméstico / Acoso | | |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Menores | | |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Conciliación | | |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Tránsito | | |
| <input type="checkbox"/> Tribunal Testamentario | | |
| <input type="checkbox"/> Jurado | | |
| <input type="checkbox"/> Testigo | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

FECHA en que estuvo en el tribunal: _____ Condado _____

Si es usted parte de un caso, ¿tiene abogado? _____ Sí _____ No

OPCIONAL: No tiene que darnos su nombre o información de contacto, pero nos serviría para responder a sus comentarios u obtener más información de usted, de ser necesario. Esta información no será divulgada a ninguna persona o agencia que no pertenezca al tribunal, excepto cuando lo disponga la ley o las reglas del tribunal.

___ **SÍ, PUEDEN COMUNICARSE CONMIGO. MI INFORMACIÓN DE CONTACTO ES LA SIGUIENTE.**

___ **NO, POR FAVOR NO SE COMUNIQUEN CONMIGO**

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ TTY _____

E-mail _____

¡GRACIAS POR DARNOS SU OPINIÓN!

Después de llenar este formulario, deposítelo en la Caja de Sugerencias / Opinión del Cliente (*Customer Feedback / Suggestion Box*) (si hay una disponible) O BIEN, entréguelo al personal de la Administración del Tribunal. También puede enviarlo por correo o por fax a:

Court Interpreter Program
Minnesota Judicial Center
25 Rev. Dr. Martin Luther King, Jr. Blvd., Room 105
St. Paul, MN 55155

Fax (651) 296-6609 Tel (651) 215-0046

Todos los formularios de opinión se enviarán a la Oficina de Administración del Tribunal local y a la Oficina del Distrito Judicial, y también se enviarán al Programa de Intérpretes del Tribunal. Los formularios no serán divulgados a ninguna persona o agencia que no pertenezca al tribunal, excepto cuando lo disponga la ley o las reglas del tribunal. ¡Le agradecemos sus comentarios!