

Formulario de queja de servicios para discapacidades de desarrollo

Use este formulario para presentar una queja cuando no obtenga el servicio que piensa que debería recibir, o cuando se tome una decisión sobre un servicio que usted está recibiendo y usted considere que la decisión no es correcta para su caso.

Responda las siguientes preguntas. Puede pedirle ayuda para llenar el formulario. Al dorso encontrará más información y sugerencias sobre quiénes pueden ayudarlo.

Nombre de la persona que recibe los servicios: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____

¿Cuál es el problema? ¿Qué desea que suceda?

Nombre del reclamante (si es diferente) Información de contacto
Puede adjuntar más páginas si es necesario

Decisión o resultado de la queja: (A ser llenado por el CDDP, Intermediación o DHS)

Firma del personal autorizado/cargo Fecha de envío

<input type="checkbox"/> No estoy conforme con la decisión tomada sobre mi queja.
<input type="checkbox"/> Solicito una revisión administrativa.

Al dorso se encuentra la descripción del proceso de queja y de revisión administrativa.

Proceso de queja y de revisión administrativa

Puede pedir que le ayuden a llenar el formulario de queja. Un familiar, un amigo, su coordinador de servicios o agente personal o su prestador son personas que podrían ayudarlo.

Envíe el formulario a la oficina del Programa comunitario de discapacidades de desarrollo (CDDP) de su condado o a su Intermediación, si está en Servicios de apoyo. También puede entregarlo a su coordinador de servicios o a su agente personal para que ellos lo presenten en su nombre. Dirección del CDDP/Intermediación:

POLK COUNTY MENTAL HEALTH

ATTN: MIKE SEDLOCK

182 SW ACADEMY ST

DALLAS, OR 97338

Debe recibir una respuesta escrita a su queja dentro de un plazo de 30 de la fecha a partir de la fecha en que el Programa comunitario para discapacidades de desarrollo o la Intermediación de servicios de apoyo recibieron su queja. La respuesta aparecerá en este formulario de queja, al que se adjuntarán páginas si es necesario. Si no está conforme con el resultado de su queja, puede solicitar una revisión de la decisión por parte del Departamento. Ésta recibe el nombre de Revisión administrativa.

Debe presentar la solicitud de revisión administrativa dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha de la decisión del Programa comunitario para discapacidades de desarrollo o la Intermediación de servicios de apoyo.

Puede solicitarla marcando la casilla que se encuentra al pie del formulario. Puede pedir al personal de la oficina del Programa comunitario para discapacidades de desarrollo o de Intermediación de servicios de apoyo que envíe el formulario a Ancianos y Discapacitados (SPD) o puede enviarlo a:

Department of Human Services

Seniors and People with Disabilities

Attention: DD Executive Support Specialist

500 Summer Street NE, E09

Salem OR 97301-1076

Un Comité de Revisión Administrativa examinará la información de su queja y formulará una recomendación al Administrador, o a alguien a quien el Administrador designe, sobre el resultado de su queja. Dicha respuesta concordará con el resultado original, no concordará con ese resultado, o sugerirá revisiones del resultado.

Usted recibirá una carta del Administrador o de alguien a quien el Administrador designe, dentro de un plazo de 55 días a partir de la fecha en la que Adultos y Discapacitados recibió su queja, a menos que usted haya aceptado una prórroga.