|  |
| --- |
| SELLO DE LA FECHA AQUÍ: |

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO MARION**

**SERVICIOS PARA DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**

 **FORMULARIO DE QUEJAS**

Presente una queja cuando no reciba los servicios que usted piense que debe recibir, o cuando se haya tomado una decisión sobre un servicio que recibe y cree que no sea la decisión correcta para usted. Conteste las preguntas de abajo. Sugerencias sobre quién pudiera ayudarle y más información se encuentran al reverso de este formulario.

**Nombre de la persona recibiendo los servicios:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Domicilio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Demandante (si no es el cliente):** ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio/Teléfono de Contacto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de la persona haciendo la queja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de envío por correo de la queja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **¿Cuál es el problema? ¿Qué es lo que usted desea que suceda?** (Puede adjuntar una hoja adicional si es necesario)  |

**Firma de la persona recibiendo la queja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Recibido (sello de la fecha indicada arriba):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de la persona enviando el Acuse de Recibo: \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha del Acuse de Recibo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Decisión o Resultados de la Queja** (Para Completarse por el Departamento de DD del Condado Marion):  |

**Firma del personal autorizado/puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Envío por Correo de los Resultados de la Queja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| * No estoy satisfecho(a) con la decisión en relación con mi queja
* Solicito una Revisión de los Resultados
* Solicito una Revisión Administrativa
 |

**Una descripción de nuestro proceso de quejas y de Revisión Administrativa se encuentra al reverso de este formulario.**

***Proceso de Quejas y de Revisión Administrativa***

Usted puede pedirle a alguien que le ayude a completar este formulario de quejas. Algunos ejemplos de personas que pudieran ayudarle son: un miembro de su familia, un amigo, su coordinador de servicios o agente personal, su proveedor de servicios.

Regrese el formulario a la oficina de Servicios Comunitarios para Discapacidades del Desarrollo (SDDP, por sus siglas en inglés) en su condado o a su intermediario (*brokerage*), si usted recibe servicios de apoyo (*Support Services*). También puede dárselo a su coordinador de servicios o agente personal para que lo entregue por usted. El domicilio de CDDP/Intermediarios es:

Marion County Intellectual Developmental Disabilities Services 2421 Lancaster Drive NE

Salem, OR 97305

Usted deberá recibir una respuesta por escrito sobre su queja dentro de los 30 días a partir de que el Programa de Servicios Comunitarios para Discapacidades del Desarrollo o su Intermediario para Servicios de Apoyo reciban su queja. La respuesta estará incluida junto con este formulario de quejas, incluyendo las páginas adjuntas si son necesarias. Si usted no está satisfecho(a) con los resultados de su queja, puede solicitar una revisión de la decisión por el Departamento. A este proceso se le llama una Revisión Administrativa.

Usted *debe* hacer su solicitud para una Revisión Administrativa dentro de los 15 días a partir de la fecha en que la decisión fue tomada por el Programa de Servicios Comunitarios para Discapacidades del Desarrollo o por su Intermediario para Servicios de Apoyo.

Puede realizar esta petición marcando la casilla correspondiente en la parte de abajo del formulario. Usted puede pedirle al personal de la Oficina de Servicios Comunitarios para Discapacidades del Desarrollo o al personal de su Intermediario de Servicios de Apoyo que envíen el formulario al Departamento para Personas de la Tercera Edad y para Discapacitados (*Seniors and People with Disabilities*), o también usted 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 evaluará la información en relación con su queja y hará una recomendación al administrador, o a alguien designado por el administrador, sobre los resultados de su queja. Esta respuesta pudiera estar de acuerdo con el resultado original, estar en desacuerdo o pudiera sugerir algunas revisiones a los resultados.

Usted recibirá una carta del administrador o de alguien que el administrador designe, dentro de los 55 días a partir de la fecha que su queja fue recibida por el Departamento para Personas de la Tercera Edad y para Discapacitados, a menos que usted haya estado de acuerdo con una extensión.