**Formulario de reclamación de los Servicios para Discapacidades del Desarrollo**

Utilice este formulario para presentar una queja cuando no esté recibiendo los servicios que cree que debería recibir o cuando se tome una decisión sobre un servicio que está recibiendo y no cree que sea la decisión correcta para usted.

Por favor, responda a las siguientes preguntas. Puede que quieras pedirle a alguien que te ayude a rellenar el formulario de reclamación. Algunos ejemplos de quién puede ayudarle son: un familiar, un amigo, su Coordinador de Servicios o Agente Personal, su proveedor.

Nombre de la persona que recibe los servicios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Servicios o Agente Personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DOB) o número de Medicaid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es el problema? ¿Cómo podemos ayudarle a resolver este problema?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del denunciante (si es diferente) Información de contacto

**\*\*Puede adjuntar hojas de papel adicionales si es necesario\*\***

Recibirá una carta de reconocimiento de su queja dentro de 5 días después de recibir. Su queja será investigada y se le pedirá que proporcione información o detalles adicionales. Después de la investigación, deberá recibir una respuesta por escrito a su queja dentro de los 45 días a partir de la fecha en que el Programa de Discapacidades del Desarrollo de la Comunidad o el Corredor de Servicios de Apoyo recibieron su queja. La respuesta puede estar en este formulario de quejas, con páginas adjuntas según sea necesario o en una carta separada.

Resolución o resultado de la queja: *(Debe ser completado por CDDP, la agencia de corredores, el proveedor de servicios o DHS)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del supervisor Fecha de envío

Si no está satisfecho con el resultado de su queja, puede solicitar una revisión de la decisión por parte de la Oficina de Servicios de Discapacidad del Desarrollo (ODDS)

Usted debe hacer la solicitud de una revisión de ODDS dentro de los 30 días siguientes de la fecha identificada en la carta de resolución del Programa de Desarrollo Comunitario o Servicio de Apoyo de Corretaje.

Haces esa petición marcando esta casilla:

No estoy satisfecho con la resolución de mi queja y me gustaría que la ODDS la revisara.

Puede solicitar a la Oficina de Discapacidades del Desarrollo Comunitario o al personal de la Correduría de Servicios de Apoyo que envíe el formulario a la Oficina de Discapacidades del Desarrollo (ODDS) o puede enviarlo a.

Department of Human Services

Office of Developmental Disability Services

Attention: ODDS Complaint Coordinator

500 Summer Street NE, E09

Salem, OR 97301-1076

Fax: 503-73-7274

ODDS revisará su solicitud de revisión, la respuesta que le fue proporcionada y cualquier información adicional proporcionada por usted o por el CDDP o el Corredor. Esa respuesta estará de acuerdo con el resultado original, no estará de acuerdo con el resultado o sugerirá algunas revisiones al resultado.

Recibirá una carta de respuesta de la OODS en los 45 días siguientes a la recepción de su solicitud de revisión de la OODS.