|  |
| --- |
| SELLO CON FECHA: |

**SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD DEL CONDADO DE MARION**

**DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**

**FORMULARIO DE QUEJA**

Presente su queja cuando no esté recibiendo el servicio que cree que debería recibir, o cuando se tome una decisión sobre sus servicios con la que usted no esté de acuerdo. Sírvase responder a las siguientes preguntas. Hallará sugerencias sobre a quién acudir por ayuda junto con más información al reverso de este formulario

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la persona que recibe los servicios:**       |       |
| **Nombre del coordinador de servicios (administrador del caso):**       |
| **Dirección:**       |        | **Fecha de nacimiento:**       |
| **No. de teléfono:**       |       | **Fecha de envío:**       |       |
|  |
| **¿Cuál es el problema y cómo podemos ayudarle a resolverlo?**           |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de quien presenta la queja :**       |       |
| **Dirección de quien presenta la queja:**       |       |
| **No. de teléfono de quien presenta la queja:**       |       |

|  |
| --- |
| **Firma de quien recibe la queja :**       |
| **Fecha recibida (sello arriba):**       |       |
| **Firma de quien recibe el reconocimiento de queja:**       |
| **Fecha de la carta de Reconocimiento de queja:**       |       |

|  |
| --- |
| **Resolución de la queja o resultado:** (Espacio para ser completado por Marion County I/DD Services)           |

|  |
| --- |
| **Firma del funcionario autorizado/ Puesto:**       |
| **Fecha de resolución o de envío de la carta de resolución:**       |  |

|  |
| --- |
| ☐ No estoy satisfecho(a) con la decisión sobre mi queja☐ Solicito una revisión del resultado ☐ Solicito se haga una revisión por parte del ODDS.  |

|  |
| --- |
| **Firma de quien presenta la queja:** |
| **Fecha de envío:**  |  |

Hallará una descripción del proceso de resolución de quejas y revisión en el reverso del presente formulario.

 **Proceso de resolución y reevaluación de quejas**

Es posible que le convenga solicitar ayuda para completar el formulario de quejas. Algunos ejemplos de dónde acudir son: un familiar, un amigo, su coordinador de servicios o agente personal o bien su proveedor.

Entregue el formulario a la oficina de “Community Developmental Disability” (ODDS) de su Condado. También puede entregarla a su coordinador de servicios o agente personal. Dirección del CDDP:

Marion County Intellectual Developmental Disabilities Services 3180 Center St NE

Salem, OR 97301

Recibirá respuesta a su reclamo por escrito dentro de los 45 días a partir de la fecha en la que el Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo la queja. La respuesta estará en el presente formulario de queja, con páginas adjuntas según sea necesario. Si no está satisfecho con el resultado de su queja, puede solicitar una revisión de la decisión a la Oficina de Servicios para la Discapacidad del Desarrollo (ODDS).

Usted debe hacer la solicitud de revisión dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la decisión por parte del Programa de Discapacidades del Desarrollo de la Comunidad.

Realice dicha solicitud marcando la casilla respectiva en la parte inferior del formulario. Puede solicitar al personal de la Oficina de Discapacidades del Desarrollo Comunitario envíen el formulario a ODDS o bien puede usted mismo 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: 503-373-7274

ODDS revisará su solicitud de revisión, la resolución que se le haya propuesto así como toda información proporcionada por usted, el CDDP. Dicha respuesta podría concordar con la resolución original, no concordar con la resolución original o bien sugerir revisiones del resultado.

Recibirá una carta con la respuesta de ODDS en un lapso de 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión