|  |
| --- |
| 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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del reclamante (de ser distinto al del cliente):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección / teléfono de contacto del reclamante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de la persona que presenta la queja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha en que se envió la queja por correo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **¿Cuál es el problema? ¿Qué es lo que desea que ocurra?** (Puede adjuntar páginas adicionales de ser necesario) |

**Firma de la persona que recibe la queja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de recepción de la queja (fecha de sello superior):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de la persona que envía ese acuse de recibo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha del acuse de recibo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Fecha 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.
 |

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

***Proceso de resolución de quejas y de revisión***

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 dársela a su coordinador de servicios o agente personal para que la presente por usted. 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 siguientes 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.