



For Dept. Use only

# FORMULARIO DE QUEJA O RECLAMO

Este formulario puede ser entregado a cualquier oficina de Salud y Servicios Humanos del Condado de Lincoln o puede ser enviado por correo o por fax a:

**LCHHS Asistente Ejecutivo**  
**36 SW Nye St, Newport, OR 97365**  
**Fax: 541-574-6252**

Received by Executive Assistant:

Si necesita ayuda para completar este formulario, puede comunicarse con nuestra oficina.

Favor de escribir claramente: Nombre de la persona con la queja.			Número de teléfono/ TTY: Correo electrónico:	
Dirección de Correo:			Fecha de Nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Método de contacto preferido:	
¿Presenta en nombre de otra persona?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Su nombre: _____			Teléfono: _____	
Por favor, marque el motivo de su queja: <input type="checkbox"/> Servicio al cliente deficiente; <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre la calidad de la atención recibida; <input type="checkbox"/> La información no se mantuvo confidencial; <input type="checkbox"/> Discriminación.				
¿Quién estuvo involucrado?			¿Cuándo sucedió el incidente? Fecha y hora:	
Ubicación de queja o incidente:				
Por favor describa la queja (adjunte hojas adicionales si es necesario):				
Por favor haga una lista de sugerencias sobre cómo evitar que esto vuelva a suceder.				

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

For LCHHS Use Only: Date Received	Received by (print name):
Grievance received via: <input type="checkbox"/> walk-in <input type="checkbox"/> phone <input type="checkbox"/> voicemail <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> letter <input type="checkbox"/> other: _____	



\_\_\_\_\_  
For Dept. Use only

## GRIEVANCE RESPONSE

Received by Director/ Deputy Director on Date:	Acknowledgement Letter Sent on Date:
Investigation Completed by:	Date:
Details of Investigation:	
How was complaint or grievance resolved?	
Grievant notified of resolution on date: _____ By <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person	

### I have reviewed the response to this grievance:

_____ Manager Name	_____ Signature	_____ Date
_____ Deputy Director Name	_____ Signature	_____ Date
_____ Director Name	_____ Signature	_____ Date

*Return completed form to the LCHHS Executive Assistant.*