



## FORMA PARA PRESENTACION DE QUEJAS

La intención de la Región 3 Servicios de la Salud del Comportamiento (Región 3) es el de lograr una solución a cualquier queja o agravio formalmente presentada. Cualquier persona o entidad tiene el derecho de presentar queja sin temor a ser acosado, despedido, recibir una reprimenda por parte de su empleador; tampoco el tener consecuencias a causa de ello, o que los servicios que recibe sean cancelados o el apoyo económico sea suspendido como una reacción o actitudes por parte de homólogos de trabajo, compañeros, gerente o la Mesa Gobernadora de la Región 3.

Las quejas o agravios deberán ser manejadas en lo posible de una manera informal. La persona o entidad que no esté de acuerdo con una decisión o acción deberán intentar el solucionar el problema con la persona/entidad directamente. Esto incluirá, si aplica, el reportar la preocupación a un supervisor de la Región 3. Si la parte agraviada no supiera con quien iniciar el dialogo, esta puede llamar al Administrador Regional (308-237-5113) para que reciba la información de quien tiene que contactar. Si con el dialogo informal no es posible resolver la situación, entonces el Procedimiento de Quejas será implementado. Cada queja o agravio será considerada seriamente y será investigada a profundidad.

Este formulario permite presentar una queja en contra de: la Región 3 sus empleados y/o voluntarios y Agencia parte de la red y prestadora de servicios a la Región 3, sus empleados y/o voluntarios. La forma completa debe de ser enviada al administrador regional (AR).

Por favor imprima o escriba con letra de molde. Mantenga una copia para su archivo personal.

A. Nombre de la agencia parte de la red y prestadora de servicios, individuo(s), u organización contra la cual Ud. desea usted presentar una queja o agravio:

\_\_\_\_\_

Si la queja o agravio es contra un individuo, el nombre del supervisor inmediato de este:

\_\_\_\_\_

Cargo/empleo: \_\_\_\_\_ Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

B. Su nombre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

La dirección donde Ud. recibe su correspondencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Empleo/oficio: \_\_\_\_\_ Supervisor inmediato: \_\_\_\_\_

C. Declaración de su queja:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FORMA PARA PRESENTACION DE QUEJAS

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

D. Reparación que solicita:

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

¿Ud. alega que ha sido discriminado? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si Ud. contestó que Si, ¿qué tipo de discriminación?

\_\_\_raza                      \_\_\_color                      \_\_\_religión                      \_\_\_sexo  
\_\_\_nacionalidad                      \_\_\_ edad                      \_\_\_discapacidad                      \_\_\_estado civil  
\_\_\_orientación sexual                      \_\_\_ciudadanía                      \_\_\_estado en la milicia                      \_\_\_ idioma  
\_\_\_desorden mental                      \_\_\_afiliación política                      \_\_\_veterano                      \_\_\_embarazo  
\_\_\_expresión de género \_\_\_información genética                      \_\_\_identidad de género                      \_\_\_estado civil del tutor  
\_\_\_ Algo más: \_\_\_\_\_

Con mi firma al calce declaro que la información dada en esta forma es verídica. También mi firma indica que he leído la política Manejo de Quejas de la Región 3 y estoy de acuerdo en seguir los términos de esta.

Firma del agraviado: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Por favor envíe esta forma a:  
Regional Administrator  
Region 3 Behavioral Health Services  
PO Box 2555  
4009 6th Avenue, Suite 65  
Kearney, NE 68848-2555  
308-237-5113

Fecha recibida por el AR: \_\_\_\_\_

Evaluado/revisado: 3/22/96, 2/2/98, 2/2000, 3/12/01, 3/5/02, 4/25/03, 2/12/04, 11/4/04, 10/17/05, 7/28/06, 9/6/06, 3/7/07, 6/15/10, 8/23/11. 8/2/12, 2/15/13, 7/22/14, 2/13/16, 8/17/17, 6/15/19, 9/2/21