

Metropolitan Family Service  
1808 SE Belmont Street  
Portland, OR 97214  
503.232.0007

**Formulario de Queja / Reclamo Cliente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor identifique dónde y cuándo podemos comunicarnos con usted: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar del incidente: \_\_\_\_\_

**Su tipo de queja:**

- Informal (se ha resuelto por discusión con la personal)
- Formal (no se ha resuelto por discusión con la personal)

Por favor, describa su problema o queja (incluya los nombres los miembros del personal involucrados):

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

*(por favor utilice el reverso de este formulario o más hojas si se necesita más espacio)*

¿Ha compartido sus preocupaciones con la persona (s) involucrada?  Si  No

¿La naturaleza de su queja implica riesgo para la salud y la seguridad que requiere una revisión (en 2 días)?

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

Sus ideas para resolver los problemas: \_\_\_\_\_

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

Firma del Cliente \_\_\_\_\_

Por favor, mande por correo o entregar este formulario a la recepcionista, Gerente del Programa o el Director de los Servicios o el Director de Escuelas de la Comunidad de la Comunidad. Si lo prefiere, envíe este formulario a la MFS Director, 1808 SE Belmont Street, Portland, OR 97214

Recibido por _____ Fecha _____	Enviado a _____ Fecha _____
-----------------------------------	--------------------------------

Metropolitan Family Service  
1808 SE Belmont Street  
Portland, OR 97212  
(503) 232-0007

**Cliente / Formulario de Respuesta Quejas**

**Check one box.**

- Level 1 Supervisor and/or Program Manager**
- Level 2 MFS Director of Community Services or Community Schools**
- Level 3 MFS Chief Executive Officer**
- Level 4 MFS Board Executive Committee**

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor anote los nombres de todas las personas en contacto con respecto a quejas y las fechas de contacto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, indique los nombres de todas las personas que han revisado esta queja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta todos los documentos revisados con respecto a esta queja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Propuesta de resolución y / o las medidas adoptadas y las fechas (en su caso) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Escriba el nombre y el título \_\_\_\_\_

Si usted no está satisfecho con la propuesta de resolución de su queja, usted puede apelar esta decisión al siguiente nivel. Si usted quiere apelar, firmar y fechar este formulario y enviarlo por correo a los de MFS Director of Community Services or Director of Community Schools, 1808 SE Belmont Street, Portland, OR 97214

Por la presente solicito a apelar esta decisión y solicitar una nueva revisión de mi queja.

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

Copy mailed to employee by	Date
Copy sent to MFS Director by	Date

Appeal received by	Date
Appeal Level:	
Sent to	Date

