

Formulario de queja de los Servicios de Discapacidades del Desarrollo de Oregon



Use este formulario para presentar una queja cuando no esté satisfecho con los servicios que esté recibiendo, no esté de acuerdo con una decisión que se tomó o no esté satisfecho con el ámbito del hogar.

Responda por completo las preguntas a continuación. Puede pedirle a alguien que lo ayude a completar el formulario de queja. Luego, envíe el formulario al coordinador de servicios (Services Coordinator, SC) o al Agente Personal (Personal Agent, PA) de los Servicios Intensivos en el Hogar para Niños (Children's Intensive In-Home Services, CIIS), o del Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (Community Developmental Disability Program, CDDP).

Nombre de la persona que recibe los servicios: _____

Fecha de nacimiento (Date of birth, DOB): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____

Método de contacto preferido: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____

Nombre del coordinador de servicios, agente de personal y entidad de gestión de casos:

Nombre o persona que presenta la queja: _____

Información de contacto: Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

****Puede adjuntar hojas adicionales si es necesario****

¿Cuál es la inquietud? ¿Cómo podemos ayudarlo a resolver este problema?

Dentro de 5 días hábiles recibirá una confirmación de que su queja fue recibida. Revisaremos su queja y tendrá la oportunidad de compartir información, detalles y documentos adicionales a través de una reunión telefónica. Dentro de los 45 días, recibirá una respuesta por escrito luego de la revisión de los programas de su queja. Debe recibir una respuesta por escrito dentro de los 45 días a partir de la fecha en que se recibió la queja.

Si no está satisfecho con el resultado de su queja, puede solicitar una revisión de la decisión por parte del Programa para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (ODDS). La petición debe hacerse dentro de los 30 días de la fecha identificada en la carta con la resolución de la entidad de gestión de casos.

Puede formular la petición al marcar esta casilla:

No estoy satisfecho con la resolución emitida por la entidad de gestión de casos y me gustaría que el ODDS la revisara.

Solo para uso de la agencia

Firma del supervisor

Fecha en que se envió a ODDS

Puede enviar la petición para su revisión o solicitar que el personal del Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo, de los Servicios Intensivos en el Hogar para Niños o el personal del servicio de traslado de apoyo envíen el formulario al Programa para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (ODDS):

Oregon Department of Human Services
Office of Developmental Disabilities Services
Attention: ODDS Customer Services Coordinator
500 Summer Street NE, E09
Salem OR 97301-1076
Fax: 503-373-7274
Odds.complaints@odhsoha.oregon.gov

El ODDS revisará su petición, incluidas las respuestas y cualquier información adicional brindada por el CDDP, los CIIS o el servicio de traslado. De esto surgirá uno de estos tres resultados: El ODDS coincidirá con la decisión original, el ODDS no coincidirá con la decisión o el ODDS puede sugerir revisiones a la decisión original.

Recibirá una confirmación dentro de los 5 días hábiles y una carta de respuesta por parte del ODDS dentro de los 45 días de recibida su petición de revisión.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Departamento de quejas de ODDS en Complaints@odhsoha.oregon.gov o al (971)701-5299 (voz/texto). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.