

**DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA
QUEJA SOBRE DERECHOS DEL BENEFICIARIO**

NUMERO DE QUEJA	CATEGORIA
-----------------	-----------

INSTRUCCIONES:

SI USTED CREE QUE SUS DERECHOS HAN SIDO VIOLADO, USTED (O ALGUIEN EN NOMBRE SUYO) PUEDE USAR ESTE FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA. UN FUNCIONARIO/ASESOR DE DERECHOS EXAMINARÁ LA QUEJA Y PUEDE HACER UNA INVESTIGACIÓN. CONSERVE LA COPIA ROSADA PARA U REFERENCIA Y ENVÍE LAS DEMÁS COPIAS A LA OFICINA DE DERECHOS DE SU PROGRAMA DE SERVICIOS CMH, HOSPITAL, O A:

MICHIGAN DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH
OFFICE OF RECIPIENT RIGHTS
LEWIS CASS BUILDING
LANSING, MI 48913

NOMBRE Y APELLIDO DEL DEMANDANTE	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Si es diferente al del demandante)
¿DÓNDE OCURRIÓ LA VIOLACIÓN SUPUESTA?	NUMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL DEMANDANTE	¿CUÁNDO OCURRIÓ? (Fecha y hora)
¿QUE DERECHO FUE VIOLADO?	
DESCRIBA LO QUE PASÓ	
SI USTED CREE QUE ALGUNO DE SUS DERECHOS HA SIDO VIOLADO, USTED....	
¿QUE DESEA QUE OCURRA PARA CORREGIR EL PROBLEMA?	
FIRMA DEL DEMANDANTE	FECHA
NOMBRE DE LA PERSONA AYUDANDO AL DEMNDANTE	