

QUEJA SOBRE DERECHOS DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE QUEJA	CATEGORÍA
-----------------	-----------

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 SU 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?	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL DEMANDANTE	¿CUÁNDO OCURRIÓ? (Fecha y hora)

¿QUÉ DERECHO FUE VIOLADO?

DESCRIBA LO QUE PASÓ

SI USTED CREE QUE ALGUNO DE SUS DERECHOS HA SIDO VIOLADO, USTED ...

¿QUÉ DESEA QUE OCURRA PARA CORREGIR EL PROBLEMA?

FIRMA DEL DEMANDANTE	FECHA	NOMBRE DE LA PERSONA AYUDANDO AL DEMANDANTE
----------------------	-------	---