



Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud FORMULARIO DE QUEJA

Instrucciones: Lea las siguientes instrucciones antes de llenar el formulario de queja. Examinaremos su queja a fin de verificar si esta constituye una posible violación de la ley o las reglas. Escriba a máquina o en letra de molde toda la información.

Persona Que Presenta La Queja: Escriba a máquina o en letra de molde su nombre, su domicilio y sus números de teléfono.

La Queja Es En Contra De: Escriba a máquina o en letra de molde el nombre, el domicilio, el nombre del negocio y los números de teléfono del o la promotora, el o la instructora o el programa de capacitación en contra del cual presenta usted la queja.

DETALLES DE LA QUEJA

- **Fechas de las violaciones:** Ponga cada una de las fechas en las que haya ocurrido una violación (o un incidente).
- **Detalles de la queja:** describa su queja. Su resumen debe abordar las razones de su queja. Sea tan específico o específica como sea posible y provea las fechas, los lugares, la hora, etc. Incluya el nombre de cualquier testigo que pudiera tener conocimiento de los eventos que usted ha descrito. De ser posible, debe identificar a los testigos con el nombre, el domicilio y los números de teléfono de cada uno de ellos. Puede adjuntar hojas adicionales, de ser necesario. Su queja debe incluir los detalles que respondan a las preguntas "¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué? y ¿Cómo ocurrió el evento?"

INSTRUCCIONES DE ENVÍO POR CORREO POSTAL

Quédese con una copia de su Formulario De Queja llenado y cualquier documentación que haya incluido.

Mande su paquete completo por correo postal a:

Department of State Health Services
Promotor(a)/Community Health Worker Training and Certification Program
P.O. Box 149347 Mail Code 1945
Austin, Texas 78714-9347

Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico al personal del programa a CHW@dshs.texas.gov o llame 512-776-2208.

PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA			
Nombre:			
Domicilio:			
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Información de Contacto			
Teléfono en casa o celular: _____		Teléfono en el trabajo: _____	
Correo electrónico: _____			



Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud FORMULARIO DE QUEJA

LA QUEJA ES EN CONTRA DE:

Marque uno: Promotor(a) Instructor(a) Programa de capacitación

Nombre:

Ubicación:
Domicilio (si se conoce) Ciudad Estado Código Postal

Información de contacto (de conocerse)

Teléfono en casa o celular: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Correo electrónico: _____

DETALLES DE LA QUEJA

Fechas de las violaciones:

Detalles de la queja:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Condado de _____ Estado de Texas _____

Firma de la Persona que Presenta la Queja