# 

# FORMA PARA PRESENTACION FORMAL DE QUEJAS

La intención de la Región 3 Servicios de la Salud del Comportamiento es el de lograr una solución a cualquier queja formalmente presentada. Las quejas que involucren a empleadoso voluntarios de Región 3 deben ser resueltas utilizando si es posible la política de comunicación ([HR Policy I-2](file:///C:\Users\jpuls\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\jrodriguez\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\HR%20SECTION%20I%20ORG%20STRUCT%20&%20EXPECT\HR%20I-2%20COMMUNICATION%20POLICY.doc)). Las discusiones tendrían lugar entre las partes involucradas y en caso de ser necesario bajo la dirección y el asesoramiento de una tercera persona con el objetivo de resolver las diferencias y por tanto eliminar la necesidad de presentar una queja por escrito ([HR Policy I-2](file:///C:\Users\jpuls\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\jrodriguez\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\HR%20SECTION%20I%20ORG%20STRUCT%20&%20EXPECT\HR%20I-2%20COMMUNICATION%20POLICY.doc)). El procedimiento de quejas no debe ser utilizado como acción disciplinaria, terminación del empleo/contrato ([HR Policy VI-1](file:///C:\Users\jpuls\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\jrodriguez\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\HR%20SECTION%20VI%20PERFORMANCE%20AND%20DISCIPLINE\HR%20Section%20VI-1%20PERFORMANCE%20EVALUATIONS.doc)), tampoco para evaluación de desempeño ([HR Policy III-13](file:///C:\Users\jpuls\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\jrodriguez\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\HR%20SECTION%20III\HR%20III-13%20TERMINATION%20POLICY.doc)), o para resolver disputas salariales.

Si no es posible resolver la situación, entonces el Procedimiento de Quejas será implementado. Cada queja será considerada seriamente y será investigada a profundidad. Este formulario permite presentar una queja contra una agencia bajo contrato para prestar servicios a la Región 3, empleados, voluntarios de dicha agencia. También esta forma será usada para presentar queja en contra de empleados o voluntarios de la Región 3 Servicios de la Salud del Comportamiento. La forma completa debe de ser enviada al administrador regional (AR).

Por favor imprima o escriba con letra de molde. Mantenga una copia para su archivo personal.

1. Nombre de la agencia prestadora de servicios, individuo(s), u organización contra la cual desea usted presentar una queja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la queja es contra un individuo, el nombre del supervisor inmediato:

Cargo/empleo: Fecha del incidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Su nombre:

Correo electrónico:

Número del celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de su casa: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: ( )

La dirección a donde recibe su correspondencia:

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleo/oficio: Supervisor inmediato:

1. Declaración de su queja:

1. Reparación que solicita:

¿Ud. alega que ha sido discriminado? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si Ud. contestó que Si, ¿qué tipo de discriminación?

\_\_\_raza \_\_\_color \_\_\_religión \_\_\_sexo/ identidad de género

\_\_\_nacionalidad \_\_\_ edad \_\_\_discapacidad \_\_\_estado civil

\_\_\_orientación sexual \_\_\_ciudadanía \_\_\_estado en la milicia \_\_\_ idioma

\_\_\_desorden mental \_\_\_afiliación política \_\_\_veterano \_\_\_embarazo

\_\_\_ expresión de género \_\_\_información genética

\_\_\_ Algo más\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con mi firma al calce declaro que la información dada en esta forma es verídica. También mi firma indica que he leído el proceso para entablar quejas y estoy de acuerdo en seguir los términos del mismo.

Firma del agraviado: Fecha de hoy:

Por favor envié esta forma a:

Regional Administrator

Region 3 Behavioral Health Services

PO Box 2555

4009 6th Avenue, Suite 65

Kearney, NE 68848-2555

308-237-5113

Fecha ­­recibida por el AR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evaluado/revisado: 3/22/96, 2/2/98, 2/2000, 3/12/01, 3/5/02, 4/25/03, 2/12/04, 11/4/04, 10/17/05, 7/28/06, 9/6/06, 3/7/07, 6/15/10, 8/23/11. 8/2/12, 2/15/13, 7/22/14, 2/13/16. 8/17/17