

FORMULARIO DE QUEJA DEL CLIENTE

Este formulario se utiliza cuando desea presentar un agravio o comunicar una queja.

Por favor complete, firme y ponga la fecha. Usted recibirá una respuesta por escrito dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha de este formulario. Si no está de acuerdo con los resultados, tiene derecho a solicitar una apelación o audiencia (consulte el Aviso de derechos de audiencia).

Información personal

Nombre: _____ **Numero Telefónico:** _____

Dirección: _____

Nombre del Cliente de OMC: _____ **Área de Programa:** _____

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____ **Genero:** _____

Díganos de qué se trata la queja, firme en la parte inferior y escriba la fecha de hoy. (Use el reverso de esta página si necesita más espacio).

Firma: _____

Fecha: _____

Puede presentar esta queja de una de las siguientes 3 formas:

1. Entregue el formulario completo a su terapeuta, supervisor de programa o personal de recepción.
2. Mandelo por correo a: Old Mill Center, 1650 SW 45th Place, Corvallis, OR 97333
3. Llame al Director Ejecutivo de Old Mill Center al (541) 757-8068

T 541.757.8068 F 541.758.1030 www.oldmillcenter.org
📍 1650 SW 45th Place Corvallis, OR 97333   