

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO
DE SHEBOYGAN FORMULARIO DE QUEJA/RECLAMO**

Nombre del Demandante:

Dirección del Demandante:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de Teléfono del Demandante:

COMPLETE LO SIGUIENTE SI USTED ES EL DEMANDANTE, PERO NO EL CONSUMIDOR:

Nombre del Consumidor:

Dirección del Consumidor:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de Teléfono del Consumidor:

Relación con el Demandante:

DESCRIBA SU RECLAMO: (Describa la acción o el tratamiento que es la base de su reclamo. Incluya información sobre quién, qué, cuándo, dónde, cómo y por qué, y los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los testigos, si lo sabe. Sea específico sobre la fecha del último incidente. Puede escribir esto en otra hoja si necesita más espacio. En el espacio a continuación, indique cuántas páginas están adjuntas, si necesita agregar páginas.)

DESCRIPCIÓN DEL AMPARO Y LA COMPENSACIÓN QUE PRETENDE:

Firma:

Fecha:

Solicite ayuda a cualquier miembro del personal si desea ayuda para completar este formulario.

Cuando el formulario está completo, puede:

- 1.) entregar a cualquier miembro del personal del HHS
- 2.) enviar por correo electrónico a la dirección:
human.services@sheboygancounty.com
- 3.) mandar por correo a: Coordinador de Quejas
1011 N. 8th Street
Sheboygan, WI 53081

=====

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DEL HHS:

Date Complaint Received:

By Employee (Name):