

## Formulario de quejas relativas a servicios para discapacidades de desarrollo

Utilice este formulario para presentar una queja cuando no reciba un servicio que usted considera debería de recibir o cuando se tome una decisión sobre un servicio que usted esté recibiendo y no esté de acuerdo con ella.

Responda a las preguntas a continuación. Sería recomendable que le pida a otra persona que le ayude a llenar el formulario de quejas. Entre los ejemplos de las personas que pueden ayudarle figuran: un familiar, un amigo, su Coordinador de Servicios o Agente Personal o su proveedor de servicios.

Nombre de la persona que recibe los servicios:

\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Servicios o del  
Agente Personal:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento o el número de Medicaid:

\_\_\_\_\_

Dirección:

Número de teléfono:

Fecha:

¿Cuál es el problema? ¿De qué manera podemos ayudarle a resolver el problema?


Nombre de la persona que presenta la queja  
(si es diferente)

Información de contacto

**\*\*Puede adjuntar hojas de papel adicionales de ser necesario.\*\***



Si usted no está conforme con el resultado de su queja, puede solicitar que la Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ODDS) revise la decisión.

Debe solicitar la revisión por parte de la ODDS en un plazo de 30 días a partir de la fecha que se indica en la carta de resolución que usted haya recibido del Programa Comunitario para Personas con Problemas del Desarrollo o de la Firma de Servicios de Apoyo.

Puede realizar tal solicitud marcando esta casilla:

No estoy conforme con la resolución de mi queja y desearía que la ODDS la someta a una revisión.

Puede pedirle a uno de los empleados del Programa Comunitario para Personas con Problemas del Desarrollo o de la Firma de Servicios de Apoyo que envíe este formulario a la Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ODDS) o bien, usted mismo puede enviarlo a:

Department of Human Services  
Office of Developmental Disability Services  
Attention: ODDS Complaint Coordinator  
500 Summer Street NE, E09  
Salem OR 97301-1076  
Fax: 503-373-7274

La ODDS revisará su solicitud de revisión, la respuesta que le enviaron a usted y cualquier otro tipo de información que usted, CDDP o la Firma hayan proporcionado. La respuesta corroborará el resultado original, no estará de acuerdo con él o sugerirá ciertas revisiones al resultado.

Usted recibirá una carta de respuesta de la ODDS en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que la ODDS haya recibido su solicitud de revisión.