



# QUEJA/RECHAZO FORMA

70-163  
Rev. 04/16

Pathways, Inc. está interesado en escuchar cualquier queja y/o reclamo que pueda tener con nuestra organización. Haremos todo lo posible para solucionar la situación. Complete la mayor cantidad posible de la información solicitada marcando las casillas correspondientes y proporcionando la mayor cantidad de información descriptiva posible.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Personal que toma información (si corresponde) \_\_\_\_\_ Número profesional \_\_\_\_\_

## ORIGEN

**CONSUMIDOR** : marque esta casilla si está recibiendo un servicio proporcionado por Pathways.

**VISITANTE** : marque esta casilla si no es empleado de Pathways ni recibe ningún servicio proporcionado por Pathways.

**PERSONAL** : marque esta casilla si usted es un empleado actual de Pathways.

## VÍA DE SERVICIO

**SALUD MENTAL** : marque esta casilla si su problema involucra el Programa de Salud Mental.

**SERVICIOS DE PREVENCIÓN** : marque esta casilla si su problema involucra servicios del Centro de Prevención Regional.

**DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO** : marque esta casilla si su problema involucra discapacidades del desarrollo y/o Servicios para discapacidades intelectuales.

**ABUSO DE SUSTANCIAS** : marque esta casilla si su problema involucra al Programa de Servicios de Adicciones.

**SERVICIOS INFORMÁTICOS** : marque esta casilla si su queja se debe a equipos informáticos o servicios.

**FLOTA/INSTALACIONES/COMPRAS/SERVICIOS TELEFÓNICOS** : marque esta casilla si su problema involucra cualquiera de estas áreas.

**RECURSOS HUMANOS** : marque esta casilla si su queja involucra al personal, empleado o representante de Pathways. beneficios, cuestiones de supervisión y/o políticas/procedimientos de la agencia.

**OTROS** : marque esta casilla si su problema no está cubierto anteriormente o si su problema se relaciona con Pathways en general.

## UBICACIÓN DE LA OFICINA

Marque la casilla junto a la(s) ubicación(es) involucrada(s) en su queja:

- |                               |                                  |                                   |                                     |                                 |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bath | <input type="checkbox"/> Carter  | <input type="checkbox"/> Greenup  | <input type="checkbox"/> Meniffee   | <input type="checkbox"/> Morgan |
| <input type="checkbox"/> Boyd | <input type="checkbox"/> Elliott | <input type="checkbox"/> Lawrence | <input type="checkbox"/> Montgomery | <input type="checkbox"/> Rowan  |





**SOLO PARA USO DE OFICINA**

**PRIORIDAD DE LA RECLAMACIÓN:**

RUTINA – marque esta casilla si esta queja es de rutina.

ACCIÓN INMEDIATA : marque esta casilla si la queja es un evento que conlleva un impacto significativo. probabilidad de un resultado adverso grave que podría dar lugar a un evento centinela. Un evento centinela es un evento que podría provocar la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves, o el riesgo de sufrirlas.

**QUEJA ASIGNADA A:**

Número de empleado: \_\_\_\_\_ Copia al Director del Programa asociado  
Supervisor del sitio \_\_\_\_\_ Copia al director del programa asociado  
Director del programa \_\_\_\_\_

RESULTADO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          Mes.      Día Año

RESPUESTA INDIVIDUAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          Mes.      Día Año

La queja no fue atendida satisfactoriamente y fue remitida al Defensor del Pueblo de Pathways para su resolución. determinación del estado de la queja.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          Mes.      Día Año