

**DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA  
QUEJA SOBRE DERECHOS DEL BENEFICIARIO**

NUMERO DE QUEJA	CATEGORIA
-----------------	-----------

**INSTRUCCIONES:**

SI USTED CREE QUE SUS DERECHOS HAN SIDO VIOLADO, USTED (O ALGUIEN EN NOMBRE SUYO) PUEDE USAR ESTE FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA. UN FUNCIONARIO/ASESOR DE DERECHOS EXAMINARÁ LA QUEJA Y PUEDE HACER UNA INVESTIGACIÓN. CONSERVE LA COPIA ROSADA PARA U REFERENCIA Y ENVÍE LAS DEMÁS COPIAS A LA OFICINA DE DERECHOS DE SU PROGRAMA DE SERVICIOS CMH, HOSPITAL, O A:

MICHIGAN DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH  
OFFICE OF RECIPIENT RIGHTS  
LEWIS CASS BUILDING  
LANSING, MI 48913

<b>NOMBRE Y APELLIDO DEL DEMANDANTE</b>	<b>NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Si es diferente al del demandante)</b>
<b>¿DÓNDE OCURRIÓ LA VIOLACIÓN SUPUESTA?</b>	<b>NUMERO DE TELÉFONO</b>
<b>DIRECCIÓN DEL DEMANDANTE</b>	<b>¿CUÁNDO OCURRIÓ? (Fecha y hora)</b>
<b>¿QUE DERECHO FUE VIOLADO?</b>	
<b>DESCRIBA LO QUE PASÓ</b>	
<b>SI USTED CREE QUE ALGUNO DE SUS DERECHOS HA SIDO VIOLADO, USTED....</b>	
<b>¿QUE DESEA QUE OCURRA PARA CORREGIR EL PROBLEMA?</b>	
<b>FIRMA DEL DEMANDANTE</b>	<b>FECHA</b>
<b>NOMBRE DE LA PERSONA AYUDANDO AL DEMNDANTE</b>	