

INFORMACIÓN SOBRE QUEJAS DE LOS CLIENTES

Algunas veces, durante el curso de la intervención de los Servicios de Protección al Menor, surgen desacuerdos con una familia y con los proveedores del servicio. El departamento tiene formas de abordar dichos desacuerdos y quiere que usted las conozca. **Este proceso cubre desacuerdos que incluyen muchas áreas relacionadas con la provisión de los servicios y de la crianza temporal.**

El proceso de trámite de quejas NO trata ciertos asuntos:

- Recusaciones a los veredictos de una investigación de los CPS
- Resultados de una mediación
- Asuntos que ya se reclamaron sin ninguna circunstancia nueva
- Órdenes judiciales o información proporcionada al tribunal
- Resultados de una evaluación (psicológica, psiquiátrica, adicciones)
- Quejas que estén, o hayan estado, bajo la revisión de la Oficina de Apoyo al Ciudadano de la Defensoría del Pueblo (Office of the Ombudsman Citizens Aide)
- Separación de los menores de un padre, tutor o custodio
- Denegar o revocar una licencia o certificación
- Asuntos de los proveedores contratados cuando aplique el código de contratación

Si su queja se relaciona con alguno de los asuntos arriba indicados, NO COMIENZE el proceso de trámite de queja del cliente.

El proceso de resolución de desacuerdos entre usted y el departamento consta de una serie de posibles pasos, cuya meta es solucionar los desacuerdos en su nivel más bajo entre las personas más cercanas a la situación. Si usted no queda satisfecho con el resultado de alguno de los pasos, puede elevar el problema al próximo paso.

El Proceso para Resolver Conflictos

► Trate el asunto de forma directa con el gerente de caso

Si no le satisface el resultado, puede

► Pedir una conferencia de resolución conflictos, para lo cual debe comunicarse con el(la) supervisor(a) del gerente de caso.

Si no le satisface el resultado, puede

► Comenzar el proceso formal de queja del cliente

Pasos del proceso de trámite de quejas:

- 1) Llene el formulario Nivel I de queja del cliente (ACY-1095A-S) que está disponible en cualquier oficina de los CPS y en línea. Si usted desea descargarlo, deberá ir a www.azdes.gov y hacer clic en el enlace de los Servicios de Protección al Menor, el cual lo dirigirá al sitio web donde encontrará información sobre quejas de los clientes. Deberá llenar el formulario Nivel I y **mandarlo por correo** a la dirección indicada en el mismo.
- 2) Si necesita ayuda para llenar el formulario pídasela al gerente de caso o llame al defensor de la familia al 1-877-527-0765
- 3) La agencia se comunicará con usted dentro de diez (10) días laborables, contados a partir del recibo de su queja, para hablar sobre sus dudas (*esto se llama respuesta de Nivel I*)

Si no le satisface la repuesta, puede proceder al Nivel II

- 4) Pida una revisión de Nivel II dentro de 30 días contados a partir del recibo de la repuesta de Nivel I y la documentación adjunta que usted tiene que llenar. El administrador del programa le enviará una respuesta por escrito.

Si no le satisface la repuesta, puede proceder al Nivel III

- 5) Pida una revisión de Nivel III dentro de 30 días contados a partir del recibo de la repuesta de Nivel II y la documentación adjunta que usted tiene que llenar. Usted recibirá nuevamente una respuesta por escrito, esta vez del subdirector de la DCYF o de la persona designada, dentro de cinco (5) días laborables. Este es el último paso del proceso de quejas de los clientes.

El Departamento tiene la intención de abordar todas las quejas que usted exprese. El departamento tiene el compromiso de garantizar que usted quede satisfecho con el servicio que recibe y proporcionarle información que le ayude a entender la situación. Si se determina que no se siguieron las normas, el departamento tiene el compromiso de corregir la situación y garantizar que sus preocupaciones se solucionen de forma adecuada.

POR FAVOR DESPRENDA LA PARTE SUPERIOR DE ESTA HOJA Y CONSÉRVELA PARA REFERENCIA FUTURA

QUEJA DEL CLIENTE – NIVEL I

NIVEL I Comienzo del proceso de trámite de quejas (la persona que comience la queja llenará esta sección)

Al llenar y mandar esta queja por correo al *DES/DCYF-CQI, Site Code 750A, P.O. Box 6123, Phoenix AZ 85005, usted ha dado el primer paso (Nivel I) del proceso formal de trámite de queja del cliente. La agencia se comunicará con usted para hablar de sus dudas dentro de diez (10) días laborables contados a partir de la fecha de recibo de su queja.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMIENZA LA QUEJA (Apellido, nombre, I. del S.)	NÚM. DE TELÉFONO DE CASA	NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO
--------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------------------------

DIRRECCIÓN A LA QUE USTED DESEA QUE LE ENVÍEN POR CORREO LA RESPUESTA ESCRITA DE LA AGENCIA

<p>Tipo de persona que comenzó la queja: Favor marcar uno de los siguientes para indicar quién es usted.</p> <p><input type="checkbox"/> Padre, madre, tutor o custodio</p> <p><input type="checkbox"/> Niño(a) (mayor de 12 años)</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor de crianza temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Otro proveedor</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique):</p>	<p>Asunto de la Queja: Favor marcar el área que describe mejor el asunto de su queja</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Puntualidad de la comunicación</td> <td><input type="checkbox"/> Plan de caso o servicios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calidad de la comunicación</td> <td><input type="checkbox"/> Discriminación o parcialización</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Actitud de la comunicación</td> <td><input type="checkbox"/> Custodia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colocación bajo Crianza Temporal o adopción</td> <td><input type="checkbox"/> Investigación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colocación sin acreditación</td> <td><input type="checkbox"/> Agencia acreditadora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Representación legal</td> <td><input type="checkbox"/> Visitación</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Pago</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Puntualidad de la comunicación	<input type="checkbox"/> Plan de caso o servicios	<input type="checkbox"/> Calidad de la comunicación	<input type="checkbox"/> Discriminación o parcialización	<input type="checkbox"/> Actitud de la comunicación	<input type="checkbox"/> Custodia	<input type="checkbox"/> Colocación bajo Crianza Temporal o adopción	<input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> Colocación sin acreditación	<input type="checkbox"/> Agencia acreditadora	<input type="checkbox"/> Representación legal	<input type="checkbox"/> Visitación		<input type="checkbox"/> Pago		<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Puntualidad de la comunicación	<input type="checkbox"/> Plan de caso o servicios																
<input type="checkbox"/> Calidad de la comunicación	<input type="checkbox"/> Discriminación o parcialización																
<input type="checkbox"/> Actitud de la comunicación	<input type="checkbox"/> Custodia																
<input type="checkbox"/> Colocación bajo Crianza Temporal o adopción	<input type="checkbox"/> Investigación																
<input type="checkbox"/> Colocación sin acreditación	<input type="checkbox"/> Agencia acreditadora																
<input type="checkbox"/> Representación legal	<input type="checkbox"/> Visitación																
	<input type="checkbox"/> Pago																
	<input type="checkbox"/> Otro:																

Por favor describa su queja a continuación: Si necesita más espacio, use la sección “INFORMACIÓN ADICIONAL” en la página 2.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English at the local office.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Qué sugiere para corregir este problema?

NOMBRE DEL CASO

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO

La información contenida en esta queja es cierta según mi leal saber y entender.

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMIENZA LA QUEJA

FECHA

***ENVÍE ESTA QUEJA POR CORREO A LA DIRECCIÓN INDICADA EN LA 1ª PAGINA DE ESTE FORMULARIO.**

LEVEL I - NIVEL I

Completed by Agency - Respuesta de la Agencia (*La agencia llena esta sección*)

TRACKING NO.

DATE RECEIVED

DATE SENT TO DISTRICT

Respuesta por escrito de la Agencia/Agency's written response:

SIGNATURE OF EMPLOYEE COMPLETING RESPONSE

TITLE

DATE

DATE RESPONSE MAILED

SIGNATURE OF EMPLOYEE MAILING RESPONSE
