

**QUEJA DEL CLIENTE – NIVEL II**

**NIVEL II Elevar la Queja (La persona que comenzó la queja NIVEL I llenará esta sección)**

Si usted no quedó satisfecho con la respuesta de NIVEL I de la agencia a su queja, al llenar y mandar por correo este formulario al \*DES/DCYF-CQI, Site Code 750A, P.O. Box 6123, Phoenix AZ 85005, usted la elevó al NIVEL II del proceso formal de trámite de quejas del cliente. La agencia se comunicará con usted por escrito dentro de siete (7) días laborables, contados a partir de la fecha en que esta reciba la queja, para programar una reunión o teleconferencia.

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><b>Tipo de persona que comenzó la queja:</b>                  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><b>Asunto de la Queja:</b>                  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 o servicios del caso</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><input type="checkbox"/> Separación de un menor</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 o servicios del caso	<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"/> Separación de un menor	<input type="checkbox"/> Pago		<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Puntualidad de la comunicación	<input type="checkbox"/> Plan o servicios del caso																
<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"/> Separación de un menor	<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 con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

NOMBRE DEL CASO	NOMBRE DEL GERENTE DEL CASO
-----------------	-----------------------------

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

FIRMA DE LA PERSONA QUE ELEVA LA QUEJA	DATE
--	------

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

<b>NIVEL II Respuesta de la Agencia (la agencia llena esta sección)</b>		
TRACKING NO.	DATE RECEIVED	DATE SENT TO PROGRAM ADMINISTRATOR

**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	