

SALUD MENTAL DEL CONDADO DE OAKLAND QUEJA DE CONSUMIDOR

Para uso únicamente de la Oficina
Caso #:
Categoría:

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted (o alguien en su nombre) puede utilizar esta forma para presentar una queja.	Guarde la última copia para usted y entregue esta forma a la Oficina de Derechos:
	Oakland Community Health Network 5505 Corporate Drive Troy MI 48098

Nombre del Reclamante:	Nombre del Proveedor del Servicio (o encontra de quién se presenta la queja):
Dirección:	Dirección:
Número de Teléfono:	Número de Teléfono:
¿Dónde ocurrió el incidente?	¿Cuándo ocurrió el incidente?

1. Describa lo que Ocurrió: (Si es necesario utilice hojas adicionales)

2. ¿Que derecho(s) considera usted, ha sido violado?

3. ¿Que solución esta buscando?

Firma de la Persona que presenta la queja

Fecha

Firma de la Persona que asistio a presentar la queja

Fecha