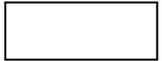


Bernalillo Centro de Servicios Juveniles del Condado
Queja / Reclamo y Formulario de Notificación de Apelación

1. Nombre del Residente _____		2. Se ha reportado Fecha reclamo / queja : ____/____/____	
3. Ubicación Residente: <input type="checkbox"/> Unidad A <input type="checkbox"/> Unidad B <input type="checkbox"/> Unidad C <input type="checkbox"/> Unidad D <input type="checkbox"/> Unidad E <input type="checkbox"/> Unit F <input type="checkbox"/> la entrada <input type="checkbox"/> Programa de Custodia Comunidad <input type="checkbox"/> Juventud Centro de Reporte <input type="checkbox"/> Chicas Reporting Center			
4. Gerente Fecha Programa recibió queja / agravio : ____/____/____			
5. ¿Cómo se recibió la queja / queja? <input type="checkbox"/> U. S. Correo <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Entregado Mano <input type="checkbox"/> verbalmente <input type="checkbox"/> otro: _____ <input type="checkbox"/> Un joven reportó la queja por vía oral y la siguiente persona lo escribió para ellos (comprobar qué parte de abajo) : <input type="checkbox"/> BCYSC personal <input type="checkbox"/> Miembro de la Familia / Tutor <input type="checkbox"/> Voluntarios/Contratista <input type="checkbox"/> JPO personal <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otros (introducir texto) _____ Nombre de la persona que presenta queja / agravio (opcional): _____			
6. Me gustaría la ayuda de otra persona (personal) en el llenado de la forma de queja <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
7. ¿Qué temas están involucrados en la queja ? (marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> sexual mala conducta	<input type="checkbox"/> El personal inadecuado conducta	<input type="checkbox"/> Programación
<input type="checkbox"/> Comida	<input type="checkbox"/> Saneamiento	<input type="checkbox"/> Inapropiado Conducta de la Juventud	<input type="checkbox"/> Seguridad
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales	<input type="checkbox"/> Familia de contacto (teléfono, cartas , visitas, etc.)
<input type="checkbox"/> Represalias (cuando se sienta se han tomado represalias en contra)	<input type="checkbox"/> Otros (letra de molde) :		<input type="checkbox"/> Bullying
8. Describa la queja / queja y resolución solicitada (adjuntar información adicional si es necesario)			

9. Hora y fecha del primer contacto con los jóvenes: _____:_____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm			

Bernalillo Centro de Servicios Juveniles del Condado
Queja / Reclamo y Formulario de Notificación de Apelación



Administrador de programas investigados tienen su queja y hemos decidido:

Tome las siguientes medidas: _____

Denegar su queja / queja porque: _____

Firma Gerente del Programa: _____ Fecha: _____

Alguien ha explicado la decisión de mi y:

Estoy contento con el resultado y no quiero apelar. No estoy contento con el resultado y quiero apelar porque: _____

Firma Residente: _____ Fecha: _____

Paso 1 apelación:

El Director Adjunto de Operaciones (ADO) ha investigado su queja y ha decidido

En desacuerdo con la primera decisión y tomar la siguiente acción : _____

á de acuerdo con la primera decisión y tomará ninguna otra acción.

Firma ADO: _____ Fecha: _____

Alguien ha explicado la decisión de mi y

Estoy contento con el resultado y no quiero apelar. No estoy contento con el resultado y quiero apelar porque: _____

Firma Residente: _____ Fecha: _____

Paso 2 de apelación:

El Director ha investigado su queja y ha decidido:

En desacuerdo con la primera decisión y tomar la siguiente acción: _____

Está de acuerdo con la primera decisión y tomará ninguna otra acción

Director de la firma: _____ Fecha: _____

Alguien ha explicado la decisión para mí y entiendo que esta es la decisión final.

Firma Residente: _____ Fecha: _____