



Milwaukee County DHHS-BHS
Children's Community Mental Health Services and Wraparound Milwaukee
FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES

Fecha de hoy: _____

Debe ser completado por cualquier persona (tal como un menor, parent/guardian/tutor, otro pariente, proveedor, etc.) que desee presentar una queja o apelación.

- Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con el/la: especialista de derechos de los usuarios en el (414) 257-7600, 1.
- Si necesita más espacio para documentar su queja/apelación use, la sección de información adicional.
- Despues de completar este formulario, preséntelo ante el Departamento de Aseguramiento de Calidad de Children's Community Mental Health Services and Wraparound Milwaukee (vea la información de contacto más adelante).

Marque su asociación con el programa:

Nombre de la persona/agencia que presenta la queja/apelación

Menor/Persona inscrita
 Otro pariente

Padre/madre/tutor
 Proveedor

Dirección, ciudad, estado, código postal (de la persona que presenta la queja/apelación)

Teléfono (de la persona que presenta la queja/apelación)

Nombre del menor/de la persona inscrita asociada

Si es una queja, indique el nombre de la persona/agencia contra quien se presenta la queja

A. Describa la queja o apelación. Incluya detalles, como fechas, horas y personas involucradas.

B. Si se trata de una queja, ¿qué ha hecho para intentar resolver el problema (por ejemplo, hablar con el proveedor, coordinador de atención, supervisor y/o el equipo de Niños y Familia, etc.). Explique.

C. ¿Qué desearía que ocurriera con respecto a esta queja/apelación? ¿Cómo querría que se resolviera el problema?

D. ¿Información adicional?

Firma de la persona que presenta la
queja/apelación

Fecha

Después de completar el formulario, envíelo a:

Correo postal: **Children's Community Mental Health Services and
Wraparound Milwaukee
Attn: Quality Assurance Department
9455 Watertown Plank Road
Milwaukee, WI 53226**

Fax: **414-257-7575**
Attn: QA Department
Email:
wrapqa@milwaukeecountywi.gov

ATENCIÓN: If you speak English, language assistance services are available to you free of charge. Call your Care Coordinator directly or call 1-833-912-2468 (TTY: 711)

Español (Spanish) - ATENCIÓN: Si habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles de forma gratuita. Llame a su coordinador de atención directamente o bien llame al 1-833-912-2468 (TTY: 711)

Hmoob (Hmong) - CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu xov tooj ncaj nraim rau koj tus Neeg Khiav Hauj Lwm Muab Kev Kho Mob los yog hu rau 1-833-912-2468 (TTY: 711)

မြန်မာစွာ (Myanmar)(Burmese) - အထူးသတိပြုရန် - အကယူ၍ မြန်မာဘာသာစကားကို
သင့်ဝေါ်ဟနိုးပို့ပို့က ဘာသာစကားဆိုင် ဝန်ဆောင့်များကို အခမဲ့သင့် ရရှိပို့ပို့သည်။ သင့်
အောင့်အောင့်၊ အကွဲပံ့ဆောင်ရွက်ပေးသူတို့၏ တိုကိုကုန် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့၌ မဟုတ္တေသား 1-
833-912-2468 (TTY: 711) သို့၌ ခေါ်ဆိုပါ