

104CMR32.00

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

For Department Use Only

Date received: ___/___/___

Received by: _____

Log #: _____

1. NOMBRE DE QUIEN PRESENTA LA QUEJA

CONDICIÓN*

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO
(O NOMBRE DEL PROGRAMA)

a. _____

b. _____

c. _____

2. Cliente(s) perjudicado(s) por la situación
(si procede y si sabe su(s) nombre(s))

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO
(O NOMBRE DEL PROGRAMA)

a. _____

b. _____

c. _____

3. NOMBRE(S) DE LA(S) PERSONA(S) CONTRA LA(S) QUE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN
(si procede y si sabe su(s) nombre(s))

CONDICIÓN*

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO
(O NOMBRE DEL PROGRAMA)

a. _____

b. _____

c. _____

4. NOMBRE DE LA PERSONA QUE RELLENA EL FORMULARIO (si es distinto al de arriba): _____

5. ¿CUÁNDO SE PRODUCERON LOS HECHOS QUE DENUNCIA? (fecha(s) y hora(s)): _____

6. ¿DÓNDE SE PRODUCERON LOS HECHOS QUE DENUNCIA? _____

7. Explique lo sucedido: (Si necesita más espacio, puede continuar en la parte de atrás de la hoja, o adjuntar tantas hojas como necesite):

*CONDICIÓN: C= Cliente; E= Empleado; H= Comité de Derechos Humanos; F=Familiar; O= Otro (Especifique)

7. ¿Qué ocurrió? (continuación):

Marque esta casilla si adjunta alguna otra hoja.

SI TIENE ENTRE 18 Y 59 AÑOS (AMBOS INCLUSIVE) Y HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE ABUSO, TANTO FÍSICO COMO EMOCIONAL, PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON LA COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS INCAPACITADAS LLAMANDO AL TELÉFONO (800) 426-9009 (DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA).

LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL O DE CUALQUIER OTRA AGENCIA PRIVADA QUE PRESTE SERVICIOS DE SALUD MENTAL A PERSONAS INCAPACITADAS, QUE TENGAN ALGÚN MOTIVO PARA PENSAR QUE UNA PERSONA DE ENTRE 18 Y 59 AÑOS HAYA SIDO SOMETIDA A ALGÚN TIPO DE ABUSO FÍSICO O EMOCIONAL, ESTÁN OBLIGADOS POR LA LEY A INFORMAR INMEDIATAMENTE DE LOS HECHOS A LA COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS INCAPACITADAS. PARA ELLO PUEDEN LLAMAR AL TELÉFONO (800) 426-9009 (DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA). DEBERÁN TAMBIÉN ADJUNTAR UN INFORME POR ESCRITO Y PRESENTARLO AL DPPC EN EL PLAZO MÁXIMO DE 48 HORAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN VERBAL.

FECHA

FIRMA DEL DEMANDANTE