**Gundersen Coulee Trails**

Formulario de Complementos/Quejas

Queremos sus comentarios. Si desea enviar una queja o comentario, complete este formulario y envíelo por correo electrónico a Keighley DeFlorian, [kmdeflor@gundersenhealth.org](mailto:kmdeflor@gundersenhealth.org) o en persona a la dirección que aparece a continuación.

**Gundersen Coulee Trails**

110 Brendel Lane

Viroqua, WI 54665

kmdeflor@gundersenhealth.org

También, puede nos llamar a 608-637-8884. Por favor, provea su información de contacto para recibir una respuesta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección A: Requisitos de formato accesible** | | | |
| Por favor, verifique el formato preferido para este documento. | | | |
| Letra grande | TDD o Relé | Grabación de audio | Otra (si está seleccionado, indique qué tipo de formato necesita en el cuadro debajo) |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección B: Información de contacto** | | | |
| Nombre Haga clic o toque aquí para introducir el texto | Número de teléfono (incluyendo el Código de área) Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | |
| Dirección Haga clic o toque aquí para introducir el texto | Ciudad Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | |
| Estado Haga clic o toque aquí para introducir el texto | Código postal Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | |
| Correo electrónico Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| ¿Está presentado esta queja en su propio nombre? | | Sí | No |
| Si no, por favor provea el nombre y la relación de la persona por la que se queja y por qué está completando el formulario en su nombre en el cuadro a continuación. | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso del partido agraviado si está completando por un tercer partido. | | Sí | No |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección C: Tipo de comento** | | | |
| **¿Qué tipo de comentario estás proveyendo? Por favor, marque qué categoría se aplica mejor.** | | | |
| Queja | Sugerencia | Complemento | Otra |
| **¿Cual de los siguiente describe la natura del comentario? Por favor, marque uno o más de las casillas de verificación.** | | | |
| Raza | Color | Origen Nacional | Religión |
| Edad | Sexo | Servicio | Estado de Ingresos |
| Competente limitado del inglés (C.L.I) | | Ley de estadounidenses con discapacidad (L.E.D.) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección D: Detalles de comento** | | | | |
| **Por favor, responda a las preguntas debajo sobre su comentario.** | | | | |
| ¿Ocurrió el incidente en el siguiente tipo de servicio? Por favor marque cualquier casilla que pueda aplicar. | Paratransit | Taxi compartido | | Autobús |
| ¿Cuál fue la fecha del suceso? | Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año | | | |
| ¿Cuál fue la hora del suceso? | Haga clic para agregar su hora preferido | | | |
| ¿Qué es el nombre o la identificación del empleado o empleados involucrados? | Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| ¿Qué es el nombre o la identificación del otros involucrados, si procede? | Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| ¿Qué es el numero o el nombre de la ruta en la que estaba, si procede? | Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| ¿Qué era la dirección o el destino al que se dirigía ocurrió el suceso, si procede? | Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| ¿Donde estaba la ubicación del suceso? | Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| ¿El uso de una ayuda de movilidad estuvo involucrado en el suceso? | Sí | | No | |
| Por favor, añada detallas descriptivas sobre el suceso. | Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | |
| **En la casilla de baja, por favor explique tan claramente como sea posible lo que ocurrió y por qué cree que fue discriminado.** | | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección E: El seguimiento** | | | | | |
| ¿Podemos contactarlo si necesitamos más detallas o información? | | | Sí | | No |
| **En caso afirmativo,** ¿**cómo le gustaría ser contactado? Por favor, seleccione su forma de contacto preferida en una casilla de baja.** | | | | | |
| Teléfono | Correo electrónico | | Correo | | |
| **Si prefiere que lo contactemos por teléfono, indique el mejor día y hora para comunicarse con usted.** | | | | | |
| Haga clic para agregar su hora preferido | | Haga clic para agregar su día preferido | | | |
| ¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales? | | | | Sí | No |
| **En caso afirmativo, indique las agencias y la información de contacto (nombre de la agencia, dirección, correo electrónico, teléfono)** | | | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | | | |

|  |
| --- |
| **Sección F: Resultado deseado** |
| **Por favor, haga una lista de baja los pasos le gustarían tomar para que tratar con el conflicto o el problema.** |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sección G: Firma** | |
| **Por favor, adjunte algunos documentas que tenga que apoya la denuncia. Luego, feche y firme este formulario y envíelo a La Gundersen Coulee Trails.** | |
| Nombre Haga clic o toque aquí para introducir el texto | **Fecha:** Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año |
| Firma Haga clic o toque aquí para introducir el texto | |