

Fideicomiso de los Desamparados del Condado de Miami-Dade
FORMULARIO PARA TRÁMITE DE AGRAVIO ANTE EL COMITÉ DE QUEJAS

Fecha: _____

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección: _____
(Calle) (Número de apartamento)

(Ciudad) (Condado) (Estado) (Código postal)

Teléfono: (Celular) _____

(Otro) _____

NATURALEZA DE LA QUEJA:

Nombre del proveedor: _____

Nombre del proyecto o dirección de la oficina: _____

Nombre de la persona de contacto del proveedor: _____

Teléfono de la persona de contacto del proveedor: _____

¿Inició el proceso de queja por agravios ante el proveedor? (encierre en un círculo la respuesta): Sí o No

¿Cuál fue el resultado del proceso de queja por agravios? (encierre en un círculo la respuesta):

Servicios denegados Le dieron de baja del programa Otro (explique):

TESTIGOS

¿Tiene algún testigo? _____

Si es así, nombre del testigo: _____

Información de contacto del testigo: _____

