BRIDGE OF CARE LLC

Formulario de quejas

Quejas sobre servicios, atención o prácticas de la organización

Complete lo que pueda. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito a cualquier empleado. El personal puede ayudarle, facilitar intérprete o un formato accesible e incluir a su representante. Se prohíben las represalias. Puede apelar, pedir revisión a un nivel superior o acudir a una entidad externa.

1 Cliente y persona que presenta la queja

Nombre del cliente (opcional para una queja anónima)

ID del cliente (si lo sabe)

Persona que presenta la queja, si no es el cliente

Relación con el cliente

Representante o defensor, si corresponde

☐ Anónimo (puede limitar la respuesta)

Teléfono, correo electrónico o dirección segura para recibir una respuesta

Instrucciones o restricciones de contacto

Idioma preferido

Intérprete u otro apoyo

2 Describa lo sucedido

Fecha o fechas de lo sucedido

Lugar o servicio relacionado

Personal al que ya informó y cuándo (si corresponde)

Describa la queja y su impacto. Incluya personas o testigos, si los conoce.

☐ Riesgo inmediato de seguridad o abuso

Avise al personal de inmediato. En una emergencia, llame al 911.

¿Qué ayudaría a resolver su queja?

☐ Se adjuntan páginas o documentos

Nombre o firma de quien presenta la queja (opcional)

Fecha

Tratamos las quejas confidencialmente según lo permita la ley. Firmar es opcional y no implica renunciar a derechos ni autorizar divulgar expedientes. Adjunte páginas si hace falta y verifique que todo el texto sea visible.

BRIDGE OF CARE LLC

Respuesta y seguimiento de la queja

Para uso del personal - vincular los documentos de respaldo al expediente de la queja

1 Recepción y asignación

Número de caso

Fecha y hora de recepción

Recibido por

Medio ☐ En persona ☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Portal seguro ☐ Tercero ☐ Otro

Revisor o coordinador asignado

Fecha de acuse de recibo

Fecha límite de respuesta

Registre y explique los plazos de respuesta y apelación aplicables. Documente las actualizaciones en el expediente.

2 Revisión y medidas de protección

☐ Urgente ☐ Estándar ☐ Informal / aclaración

Categoría de la queja

Medidas inmediatas y aviso a la dirección (fecha y hora), si corresponde

Hallazgos y pruebas revisadas (o referencia al expediente adjunto)

3 Decisión escrita y medidas correctivas

Decisión, motivos y medidas para resolver la queja (adjuntar detalles si hace falta)

Responsable de la medida

Fecha límite de la medida

Fecha / referencia de verificación

Respuesta escrita / copia entregada el

Medio de entrega o intento de contacto

4 Apelación o revisión adicional y cierre

☐ Solicita revisión ☐ No solicita revisión por ahora ☐ No se pudo contactar al cliente

Solicitud de revisión recibida

Nivel de revisión y revisor

Fecha límite de decisión

Motivo de la revisión y resultado (o referencia al documento adjunto)

Fecha de cierre

Nombre o firma del personal

Opciones externas de queja y apoyo

DCF Southern Region: 786-257-5178
Disability Rights Florida: 1-800-342-0823 (711)
HHS OCR, quejas de privacidad: 1-800-368-1019
AHCA: 1-888-419-3456
Línea de abuso: 1-800-962-2873