

PROCEDIMIENTOS DE QUEJA PARA EL PARTICIPANTE DE PROGRAMAS

Community Action Partnership of Mid-Nebraska no discriminará en la provisión de servicios a un aplicante por causa de su raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, afiliación política, estado civil, estado familiar o discapacidad.

Es nuestra intención proveer servicios corteses y profesionales a todos los que llenen las guías de elegibilidad para los programas individuales que nosotros administramos.

Si un participante o aplicante de un programa tiene una queja acerca de algún incidente o negativa de servicios, ésta persona deberá notificar inmediatamente al supervisor del programa en cuestión para solucionar el problema. Esta información será proveída por personal local, y está disponible en nuestro sitio en de Internet www.mnca.net o puede obtenerlo llamando al siguiente número gratis 1-877-335-6422.

Si el participante o aplicante no está satisfecho con la respuesta o si el problema envuelve al supervisor del programa, entonces pueden mandar una declaración escrita de la queja o completar la forma de queja y mandarla a la siguiente dirección:

Comité de Quejas
Community Action Partnership of Mid-Nebraska
16 W. 11th Street
P.O. Box 2288
Kearney, NE 68848

Todas las protestas o quejas serán rápidamente investigadas por el Comité de Quejas y la solución reflejará las guías del programa. El Director Ejecutivo, después de recibir los resultados del Comité, dará su determinación final para la solución de la queja. Esta determinación estará sujeta a una revisión por el subcomité de Relaciones de Clientes del Consejo Directivo de Community Action.

PROTESTA
(Bajo Procedimiento de Queja)

Necesita llenarse una declaración de protesta escrita por la persona agravada y mandarse a la siguiente dirección:

Comité de Quejas
Community Action Partnership of Mid-Nebraska
P.O. Box 2288
Kearney, NE 68848

Si necesita ayuda para completar esta forma, por favor llame al 1-877-335-6422 para asistencia.

Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha en que Ocurrió el Incidente o en que se Origeno la Queja: ____/____/____

Su Nombre: _____

Numero Telefónico: _____

Dirección: _____

Por favor complete todas las secciones **que sean pertinentes** a su asunto y por favor firme la forma abajo. Adhiera cualquier información adicional que pueda ayudarnos a resolver su situación.

Por favor describa el tipo de servicios que estaba solicitando:

Me dijeron que Community Action Partnership no me proveería servicios. Estoy en desacuerdo con esta decisión porque:

No estoy contento(a) con los servicios que recibí porque:

No estoy contento(a) con uno(a) de sus empleados(as) porque:

Por favor suministre o adhiera cualquier información adicional que pueda ayudar para la resolución de esta situación.

Su cuestión será revisada por el comité de queja en el transcurso de 30 días después de haber recibido esta información. El comité de quejas presentara los resultados al Director Ejecutivo de Community Action Partnership of Mid-Nebraska. El Director Ejecutivo revisara los resultados del problema y hará una determinación final para resolver la queja. Esta determinación estará sujeta a una revisión por el subcomité de Relaciones de Clientes del Consejo Directivo de Community Action.

Su Firma