

Declaración y Registración de Quejas

Northwest Family Services (NWFS) se ha comprometido a proveer servicios concebidos para satisfacer las necesidades de clientes y respetar sus derechos. Si Ud. o cualquier persona actuando a nombre suyo, cree que no hemos respondido a sus necesidades mientras que está en tratamiento o recibiendo servicios por medio de nosotros, o que sus derechos han sido violados, Ud. puede someter una queja acerca cualquier aspecto de su tratamiento.

Si tiene una preocupación o una queja, pídale al terapeuta o miembro del personal con quien haya trabajado que le ayuden resolver el problema. Si ellos no están disponibles, pídale al personal administrativo que le ayuden a comunicarse con el Encargado del programa en cual recibió servicios. Si no está satisfecho con la resolución informal, escriba una queja formal. Northwest Family Services no intimidará, amenazará, coaccionará, discriminará en contra de, ni tomará cualquier otra forma de represalia en contra de cualquier persona registrando una queja o averiguando como registrar una queja formal.

La Queja Formal:

1. Complete un **Formulario Motivo de Queja**, está disponible en español, inglés, ruso, y en varios formatos alternativos para individuos con discapacidades.
2. La queja escrita deberá incluir una declaración sobre el problema, la fecha(s) en que ocurrió el problema, una lista de personas involucradas y cualquier otro detalle de importancia que ayudará a clarificar de que se trata la queja, las circunstancias y la queja en sí. También puede ofrecer soluciones posibles.
3. Entregue el **Formulario Motivo de Queja** a nuestra oficina central en: 6200 SE King Road; Portland, OR 97222; atención: Departamento de QA/QI. También lo puede mandar por correo electrónico a service@nwfs.org. Siempre hay formularios y sobres en el área de recepción de la oficina central, y también los puede imprimir de nuestro sitio web www.nwfs.org.
4. En casos alegando acoso sexual, comportamiento no ético, fraude, o conducta sumamente poco profesional de parte de cualquier miembro del personal de NWFS, podrá reportar por escrito sus preocupaciones y dirigirse de inmediato al Director Ejecutivo quien tiene la autoridad principal para resolver una queja formal.

La queja formal será procesada de la siguiente manera:

- a) El Especialista en Garantía de Calidad y Mejoramiento revisa y responde a la queja, es posible que lo citen para una reunión o que se comunicaran por teléfono. Recibirá una respuesta por escrito a no más de 30 días desde la inicial queja escrita.
- b) El Especialista en Garantía y Mejoramiento guardará su **Formulario Motivo de Queja** y cualquier otra documentación para el caso.
- c) Una copia de la queja, un resumen de los resultados de la investigación, y una descripción de acciones tomadas formaran parte de su registro. Tiene el derecho de revisar esta información. Aspectos de esta información que podrían violar los derechos de privacidad del personal o de otros clientes no entraran en su registro.

Quejas Aceleradas: En circunstancias en las cuales es probable que el tema de la queja vaya a causarle daño al individuo antes que se pueda completar el proceso de quejas como hemos delineado, el individuo, o guardián del individuo, puede pedir una queja acelerada. El Director revisará y responderá por escrito a la queja dentro de 48 horas de haber recibido la queja. La respuesta por escrito deberá incluir información sobre el proceso de apelación.

Represalias: La persona quejándose, un testigo, terapeuta, supervisor o miembro del personal de NWFS no deberá ser sujeto a represalias por un proveedor por haber hecho un reporte o por ser entrevistado sobre una queja, o por ser testigo. Represalias prohibidas podrían incluir, pero no están limitadas a, ser despedido, hostigamiento, reducción en servicios, sueldo o beneficios, o basando su evaluación anual de rendimiento sobre esa acción.

Inmunidad: La persona quejándose es inmune de cualquier responsabilidad civil o criminal en respecto a haber hecho una queja, o el tema de la queja hecha en buena fe.

Apelaciones: Individuos y sus guardianes legales tienen el derecho de apelar decisiones de entrada, traslado y decisiones sobre quejas de la siguiente manera:

- I. Si no está satisfecho con la decisión, puede registrar una apelación por escrito dentro de 10 días laborales de la fecha en que el Especialista en Garantía de Calidad y Mejoramiento le respondió a su queja o a su notificación de negación de servicios. Deberá someter su apelación a la División de Sistemas de Salud (HSD) de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA).
- II. Si su tratamiento esta pagado por seguro privado o público, también puede registrar una queja con la compañía de seguro o el CCO. Si no lo cubre un CCO, su apelación deberá ser sometida a la División de Sistemas de Salud de OHA. Los representantes de NWFS están disponibles para ayudarle a responder a la apelación.
- III. La División debe proveer una respuesta por escrito dentro de 10 días laborales a partir de recibir la apelación.
- IV. Si el individuo o guardián no está satisfecho con la decisión de la apelación, el o ella puede registrar una segunda apelación por escrito dentro de 10 días laborales desde la fecha de la respuesta escrita del Director de la División de Sistemas de Salud de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA).

V. Información de contacto para apelaciones:

- La División de Sistemas de Salud de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA)
Toll-Free: 1-800-527-5772, 1-800-699-9075
- Derechos de Discapacidad de Oregón
(Disability Rights Oregon): 503-243-2081; ó 1-800-452-1964 TTY/TDD 711
- Health Share of Oregon - 503-416-8090, 1-888-519-3845
(<http://healthshareoregon.org/for-members/appeal-and-grievances.html>)
- Oficina de Apoyo y defensa del Gobernador: 503-945-6904

Me han explicado el proceso de Quejas y Apelaciones de NWFS y he recibido una copia y un formulario en blanco que sigue en las páginas 3 y 4 de este documento, si por alguna razón lo necesitara.

Grievance Procedure Spanish; Blank form <S:\Office Forms\QA-QI forms> 4.1.2021; *BHQA-1.2022; 1.2023



Firma: _____ De Parte de: _____ Relación: _____ Fecha: _____
Cliente/Guardián (marque cual) Menor de edad/Otro (marque cual)

Fecha: _____

FORMA DE QUEJA/ RECLAMO

Nombre de la persona reportando la preocupación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Quiere usted que le contactemos? Si No Si es así, cual es la mejor forma de contactarlo
(favor indique) Teléfono Correo Correo Electrónico

¿A cuál programa/taller/servicio de NWFS asistió? _____

¿Qué empleado de NWFS le dio el servicio? _____

¿Desea que su nombre permanezca anónimo durante la investigación de este reclamo? Si No
Si es así, su información será compartida solo con el Departamento de Aseguramiento de la Calidad

¿Necesita un intérprete? Si No Si es así, para cual idioma: _____

Fecha, Lugar y Hora del Incidente:

Describa su queja o preocupación: Denos toda la información que nos pueda para ayudar a resolver este problema. Por favor agregue páginas adicionales a este formulario si usted necesita más espacio para describir la situación o su preocupación:

¿Hay algo que usted ha hecho para ayudar a resolver el asunto por su cuenta?

¿Qué resultado le gustaría ver con respecto a este asunto?



El departamento encargado se comunicara con usted al recibir este formulario para ayudar a facilitar una solución. Por favor envíe por correo o entregue en nuestra recepción este formulario a nuestra dirección, dirigido a:

Atencion: Departamento de Aseguramiento de la Calidad
Northwest Family Services
6200 SE King Road
Portland, OR 97222

Telefono: 503 546-6377
Fax: 503-546-9397
service@nwfs.org

Firma de quien está reportando

Su firma nos da permiso de compartir información acerca de esta queja con el departamento de Aseguramiento de la Calidad y otros departamentos involucrados.