

## Aviso sobre los procedimientos de queja de Disability Rights Wisconsin

---

Puede presentar una queja ante Disability Rights Wisconsin si nos ha pedido ayuda y:

- Le dijeron que Disability Rights Wisconsin no podía ayudarlo/a; **O**
- Disability Rights Wisconsin lo/la está ayudando ahora, pero tiene una queja sobre la ayuda; **O**
- La ayuda de Disability Rights Wisconsin ha terminado y tiene una queja sobre ella o se le ha denegado más ayuda.

### **Proceso de queja: para presentar una queja, puede hacer lo siguiente:**

#### **Paso 1 (opcional): hablar el problema con el supervisor del empleado de Disability Rights Wisconsin**

Es posible que desee hablar sobre el problema con el supervisor del miembro del personal de Disability Rights Wisconsin con quien está o estuvo trabajando. A menudo podemos llegar a algún arreglo informalmente una vez que entendemos el problema, pero no tiene que cumplir este paso si no lo desea.

#### **Paso 2: presentar una queja ante el Director de Servicios de Defensoría**

Debe presentar su queja ante el Director de Servicios de Defensoría dentro de los 30 días siguientes a la decisión o acción con la que no está de acuerdo, salvo que tenga un motivo suficiente que explique por qué no pudo cumplir con este plazo.

#### **Puede completar su queja de alguna de las siguientes formas:**

- Completando el formulario adjunto; **O**
- Escribiendo su queja a mano o a máquina en otro papel. Si no usa el formulario adjunto, asegúrese de fechar y firmar la carta y escribir “**Grievance about DRW Services – Director of Advocacy Services**” en la parte superior de la carta; **O**
- Llamando a Disability Rights Wisconsin al (608) 267-0214 para solicitar que alguien lo/la ayude a escribirla. Hágale saber desde el comienzo a la persona que conteste el teléfono que necesita ayuda para presentar una queja.

#### **Envíe su queja completa por correo postal, fax o correo electrónico a:**

**Correo postal:** Grievances  
Disability Rights Wisconsin  
131 West Wilson, Suite 700  
Madison, Wisconsin 53703

**Fax:** 1-833-635-1968

**Correo electrónico:** [grievance@drwi.org](mailto:grievance@drwi.org)

El Director de Servicios de Defensoría evaluará su queja y le enviará una decisión por escrito dentro de los **30 días** siguientes a la recepción de la queja, a menos que el Director de Servicios de Defensoría le avise que se necesita más tiempo. El Director de Servicios de Defensoría puede ponerse en contacto con usted para hacerle preguntas u obtener más información para resolver el problema, si es necesario.

### **Paso 3: solicitar una revisión por parte del Director Ejecutivo de Disability Rights Wisconsin**

Si no está de acuerdo con la decisión del Director de Servicios de Defensoría, puede solicitar, dentro de los **30 días** siguientes a haber recibido la decisión del Director de Defensoría de Disability Rights Wisconsin, que el Director Ejecutivo de Disability Rights Wisconsin revise la decisión

**Puede solicitar una revisión de alguna de las siguientes formas:**

- Completando el formulario adjunto; **O**
- Escribiendo su queja a mano o a máquina en otro papel. Si no usa el formulario adjunto, asegúrese de fechar y firmar la carta y escribir **“Grievance Review about DRW Services – Executive Director”** en la parte superior de la carta; **O**
- Llamando a Disability Rights Wisconsin al (608) 267-0214 para solicitar que alguien lo/la ayude a escribirla. Hágale saber desde el comienzo a la persona que conteste el teléfono que necesita ayuda para presentar una solicitud para que el Director Ejecutivo revise la decisión sobre una queja.

**Envíe su solicitud de revisión por parte del Director Ejecutivo completa por correo postal, fax o correo electrónico a:**

**Correo postal:** Grievances  
Disability Rights Wisconsin  
131 West Wilson, Suite 700  
Madison, Wisconsin 53703

**Fax:** 1-833-635-1968

**Correo electrónico:** [grievance@drwi.org](mailto:grievance@drwi.org)

El Director Ejecutivo evaluará su solicitud y le enviará una decisión por escrito dentro de los **30 días** siguientes a la recepción de la solicitud, a menos que el Director Ejecutivo le avise que se necesita más tiempo. El Director Ejecutivo puede ponerse en contacto con usted para hacerle preguntas u obtener más información para resolver el problema, si es necesario.

### **Paso 4: solicitar una revisión final por parte del Comité de Quejas del Directorio de Disability Rights Wisconsin**

Si no está de acuerdo con la decisión del Director Ejecutivo, puede solicitar que el Directorio de Disability Rights Wisconsin revise la decisión. El Directorio definirá si las políticas y procedimientos de DRW se siguieron adecuadamente para las decisiones que se tomaron. La revisión tendrá lugar en la siguiente reunión trimestral programada del Directorio a partir de la recepción de la solicitud.

**Puede solicitar una revisión por parte del Directorio de alguna de las siguientes formas:**

- Completando el formulario adjunto; **O**
- Escribiendo su queja a mano o a máquina en otro papel. Si no usa el formulario adjunto, asegúrese de fechar y firmar la carta y escribir “**Grievance about DRW Services – Board of Directors**” en la parte superior de la carta; **O**
- Llamando a Disability Rights Wisconsin al (608) 267-0214 para solicitar que alguien lo/la ayude a redactarla. Hágale saber desde el comienzo a la persona que conteste el teléfono que necesita ayuda para presentar una solicitud para que el Directorio revise la decisión sobre una queja.

**Envíe su solicitud de revisión del Directorio completa por correo postal, fax o correo electrónico a:**

**Correo postal:** Grievances  
Disability Rights Wisconsin  
131 West Wilson, Suite 700  
Madison, Wisconsin 53703

**Fax:** 1-833-635-1968

**Correo electrónico:** [grievance@drwi.org](mailto:grievance@drwi.org)

Cuando reciba esta solicitud, DRW confirmará que su solicitud ha llegado, y se le informará la fecha de la próxima reunión trimestral del Directorio. El Directorio evaluará su solicitud para definir si las políticas y procedimientos de DRW se siguieron adecuadamente al tomar la decisión. Se harán intentos razonables por enviarle una decisión por escrito dentro de los **14 días** siguientes a la reunión del Directorio, salvo que el Directorio le avise que se necesita más tiempo. El Directorio puede contactarlo/a para hacerle preguntas u obtener más información.

La decisión del Directorio es la **decisión final** de Disability Rights Wisconsin.

## Formulario de queja de Disability Rights Wisconsin

---

Para presentar una queja ante Disability Rights Wisconsin, puede:

- usar este formulario,
- escribir su queja en otro papel,
- llamar al (800) 928-8778 y pedir que un miembro del personal de DRW lo/la ayude a redactar su queja.

Cuando termine, encontrará información sobre cómo presentar su queja al final de este formulario.

El formulario está diseñado como formulario en formato PDF para completar. Puede completar las casillas y los cuadros de texto y enviarnoslo. Si prefiere escribir a mano en el formulario, puede imprimirlo y completarlo.

### Marque la etapa de la solicitud:

- Queja inicial ante el Director de Servicios de Defensoría
- Revisión de decisión inicial por parte del Director Ejecutivo
- Revisión de decisión del Director Ejecutivo por parte del Directorio de DRW

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono diurno: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Como le gustaría que lo/la contactemos? Puede marcar más de una opción.

- carta por correo postal
- teléfono
- fax (proporcione un número de fax): \_\_\_\_\_
- otra: \_\_\_\_\_

Si lo/la está ayudando alguien a redactar esta queja, escriba su nombre aquí:

---

**Indique cuál es el servicio que quería o que recibió de Disability Rights Wisconsin:**

**Explique qué fue lo que sucedió y por qué quiere presentar esta queja.**

**Si ha recibido una respuesta inicial de DRW, explique por qué está en desacuerdo con la determinación.**

**¿Hay algún otro hecho, o alguna otra cosa que le gustaría agregar?**

**¿Qué solucionaría el problema, o qué le gustaría que Disability Rights Wisconsin haga de otra manera?**

**Firme y feche a continuación.**

Nota: si va a completar el formulario de manera electrónica, muchos lectores de PDF tienen una opción de "rellenar y firmar" para hacerlo. Si no puede firmar el formulario electrónicamente, puede escribir su nombre a máquina para que represente su firma.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Puede presentar este formulario por cualquiera de los siguientes medios:**

**Por correo postal a:** Grievances  
Disability Rights Wisconsin  
131 West Wilson, Suite  
700 Madison, WI 53703

**Por fax a:** 1-833-635-1968

**Por correo electrónico a:** [grievance@drwi.org](mailto:grievance@drwi.org)