Aviso a las personas sobre los procedimientos de quejas formales de Disability Rights Wisconsin

¿Necesita disponer de este aviso y formulario de quejas en un idioma diferente o como un documento digital rellenable? Visite la página de **Procedimiento de quejas formales** en el sitio web de Disability Rights Wisconsin:

disabilityrightswi.org/about-us/contact-form/client-grievance-procedure/

Puede presentar una queja formal ante Disability Rights Wisconsin si usted es una persona con una discapacidad o su representante legal; **Y** ha realizado una solicitud de asistencia para que se abogue por usted a nivel personal **Y**:

- Le dijeron que no podía obtener ayuda por medio de Disability Rights Wisconsin; **O**
- Está recibiendo ayuda de Disability Rights Wisconsin ahora, pero tiene una queja sobre esa ayuda; **O**
- La ayuda de Disability Rights Wisconsin ha finalizado y usted tiene una queja al respecto o se le ha denegado recibir más ayuda.

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

Paso 1 (opcional): Discuta 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 trabaja o con quien trabajaba. A menudo, podemos encontrar una solución de manera informal una vez que entendemos cuál es el problema, pero no tiene que llevar a cabo este paso si usted no lo desea.

Paso 2: Presente una queja ante el director de Servicios de defensa de derechos.

Su queja con el director de Servicios de defensa de derechos debe presentarse dentro de los 30 días siguientes a la decisión o acción con la que usted no está de acuerdo, a menos que tenga una buena razón por la que no pudo cumplir con ese plazo.

Puede presentar su queja de las siguientes maneras:

- Complete el formulario adjunto; **O**
- Escriba su queja en una hoja de papel aparte; lo puede hacer a mano con letra legible o en computadora. Si no utiliza el formulario adjunto, asegúrese **de incluir fecha y firma en la carta** y de escribir **"Grievance about DRW Services – Director of Advocacy Services" (Queja sobre los servicios de DRW – Director de Servicios de defensa de derechos)** en la parte superior de la carta; **O**
- Llame a Disability Rights Wisconsin al 800-928-8778 o al 608-267-0214 para que alguien le ayude a escribir la queja. Informe de inmediato a la persona que conteste el teléfono que desea ayuda para presentar una queja.

Envíe su queja formal completa por correo, fax o correo electrónico a:

Correo postal:

Grievances
Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, Wisconsin 53713

Fax: 833-635-1968

Correo electrónico: grievance@drwi.org

El director de Servicios de defensa de derechos revisará su queja y le comunicará una decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja, a menos que el director de Servicios de defensa de derechos le informe que se necesita más tiempo. El director de Servicios de defensa de derechos puede comunicarse con usted para hacerle preguntas u obtener más información si fuera necesario para resolver el problema.

Paso 3: Solicite una revisión por parte del director ejecutivo de Disability Rights Wisconsin.

Si no está de acuerdo con la decisión del director de Servicios de defensa de derechos, puede solicitar una revisión por parte del director ejecutivo de Disability Rights Wisconsin dentro de los 30 días siguientes a la decisión del director de Servicios de defensa de derechos.

Puede solicitar una revisión de las siguientes maneras:

- Complete el formulario adjunto; **O**
- Escriba su queja en una hoja de papel aparte; lo puede hacer a mano con letra legible o en computadora. Si no utiliza el formulario adjunto, asegúrese de **incluir fecha y firma en la carta** y de escribir **"Grievance Review about DRW Services – Executive Director" (Revisión de quejas sobre Servicios de DRW – Director ejecutivo)** en la parte superior de la carta; **O**
- Llame a Disability Rights Wisconsin al 800-928-8778 o al 608-267-0214 para que alguien le ayude a escribir la queja. Informe de inmediato a la persona que conteste el teléfono que desea ayuda para presentar una solicitud de Revisión por parte del Director ejecutivo al respecto de la decisión sobre una queja.

Envíe su solicitud completa para la revisión del Director ejecutivo por correo, fax o correo electrónico a:

Correo postal:
Grievances
Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, Wisconsin 53713

Fax: 833-635-1968

Correo electrónico: grievance@drwi.org

El Director ejecutivo revisará su solicitud y le responderá por escrito informándole acerca de su decisión dentro de los **30 días** siguientes a la fecha de recepción de la solicitud, a menos que el Director ejecutivo le comunique que se necesita más tiempo. El Director ejecutivo puede comunicarse con usted para hacerle preguntas u obtener más información si fuera necesario para resolver el problema.

Paso 4: Solicite una Revisión final del Comité de quejas de la Junta directiva de Disability Rights Wisconsin.

Si no está de acuerdo con la decisión del Director ejecutivo, puede solicitar una revisión por parte de la Junta directiva de Disability Rights Wisconsin dentro de los **30 días** siguientes a la decisión del Director ejecutivo. La Junta directiva determinará si se siguieron adecuadamente las políticas y procedimientos de DRW en las decisiones que se tomaron. La revisión se llevará a cabo en la siguiente reunión trimestral de la Junta directiva que esté programada después de recibir la solicitud de revisión.

Puede solicitar una revisión por parte de la Junta directiva por medio de las siguientes maneras:

- Complete el formulario adjunto; **O**
- Escriba su queja en una hoja de papel aparte; lo puede hacer a mano con letra legible o en computadora. Si no utiliza el formulario adjunto, asegúrese de **incluir fecha y firma** en la carta y de escribir **"Grievance about DRW Services – Board of Directors" (Queja sobre los Servicios de DRW – Junta directiva)** en la parte superior de la carta; **O**
- Llame a Disability Rights Wisconsin al 800-928-8778 o al 608-267-0214 para que alguien le ayude a escribir la queja. Informe de inmediato a la persona que conteste el teléfono que desea ayuda para presentar una solicitud de Revisión por parte de la Junta directiva al respecto de la decisión sobre una queja.

Envíe su solicitud completa para la revisión de la Junta directiva por correo postal, fax o correo electrónico a:

Correo postal:
Grievances
Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, Wisconsin 53713

Fax: 833-635-1968

Correo electrónico: grievance@drwi.org

Cuando se reciba la solicitud, Disability Rights Wisconsin le confirmará que su solicitud ha llegado y se le informará acerca de la fecha de la siguiente reunión trimestral de la Junta directiva. La Junta directiva revisará su solicitud para determinar si se siguieron adecuadamente las políticas y procedimientos de Disability Rights Wisconsin a la hora

de tomar la decisión. Se realizarán esfuerzos razonables para enviarle una decisión por escrito dentro de los 14 días siguientes a la reunión de la Junta, a menos que la Junta directiva le informe que se necesita más tiempo. La Junta directiva puede comunicarse con usted para hacerle preguntas u obtener más información.

La decisión de la Junta directiva es la **decisión final** de Disability Rights Wisconsin.

Formulario de queja individual de Disability Rights Wisconsin

¿Necesita este aviso y formulario de quejas en un idioma diferente o como un documento digital rellenable? Visite la página de **Procedimiento de quejas formales** en el sitio web de Disability Rights Wisconsin:

disabilityrightswi.org/about-us/contact-form/client-grievance-procedure/

Para presentar una queja formal ante Disability Rights Wisconsin, usted puede:

- utilizar este formulario, **O**
- escribir su queja en otra hoja de papel, **O**
- llamar al (800) 928-8778 y solicitar que un miembro del personal de Disability Rights Wisconsin lo ayude a escribir su queja.

Cuando haya terminado de escribirla, encontrará información al final de este formulario sobre cómo presentar su queja.

Este formulario está diseñado como un formulario PDF rellenable. Puede completar las casillas de verificación y los cuadros de texto y enviárnoslo. Si prefiere escribir en el formulario en papel, puede imprimirlo y llenarlo.

Por favor, indique la etapa de esta solicitud (obligatorio):

- ☐ Queja inicial dirigida al director de Servicios de defensa
- ☐ Revisión de la decisión inicial por parte del Director ejecutivo
- ☐ Revisión de la decisión del Director ejecutivo por parte de la Junta directiva de Disability Rights Wisconsin

Nombre y apellido(s) (obligatorio): _____

Dirección (obligatorio): _____

Teléfono durante el día (opcional): _____

Correo electrónico (opcional): _____

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? Puede indicar más de una opción.

- ☐ Carta por correo postal
- ☐ Teléfono
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Fax (proporcione un número de fax): _____
- ☐ Otro (proporcione un método de contacto alternativo):

_____

Si alguien le está ayudando a escribir esta queja, escriba el nombre de esa persona aquí (opcional):

_____

Por favor explique el servicio que deseaba o que recibió por parte de Disability Rights Wisconsin (obligatorio):

Por favor explique qué sucedió y por qué desea presentar esta queja formal (obligatorio).

Si ha recibido una respuesta inicial de Disability Rights Wisconsin, por favor explique por qué está presentando alegaciones contra esa decisión. (obligatorio)

¿Hay otros hechos o datos adicionales, o algo más que le gustaría agregar? (opcional)

¿De qué manera se podría solucionar el problema o qué le gustaría que Disability Rights Wisconsin hiciera de manera diferente? (obligatorio)

Por favor firme e indique la fecha a continuación.

Nota: Si está llenando este formulario de manera electrónica, muchos programas de PDF tienen la opción de "Completar y firmar" para este propósito. Si no puede firmar este formulario de manera electrónica, puede escribir su nombre en lugar de su firma.

Firma: _____

Fecha: _____

Puede enviar este formulario de las siguientes maneras:

Correo postal:

Grievances
Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, Wisconsin 53713

Fax: 833-635-1968

Correo electrónico: grievance@drwi.org