



Metropolitan Organization to Counter Sexual Assault

Política de Quejas

Usted tiene el derecho de presentar una queja si usted siente que ha sido tratado injustamente. Usted no sufrirá ninguna represalia o repercusión en la prestación de los servicios como consecuencia de la presentación de esta queja. Todas las quejas se tratarán de manera confidencial. Para asegurar de que las diferencias o los conflictos se resuelvan de una manera solidaria y respetuosa, los siguientes pasos deben ser seguidos:

1. Deberá hacerse todo lo posible para resolver cuestiones, problemas o malos entendidos entre las personas directamente afectadas.
2. Si no se ha resuelto a la satisfacción del cliente, un formulario de queja puede ser completado y enviado a Vicepresidencia de Operaciones de MOCSA vía fax, correo o entregándolo a la oficina MOCSA.

Attn: Vice President of Operations

Metropolitan Organization to Counter Sexual Assault

3100 Broadway, Suite 400

Kansas City MO, 64158

Fax: (816) 931-4532

3. El Vicepresidente de Operaciones revisará la queja y proporcionara una respuesta por escrita al cliente dentro de los treinta días siguientes de recibirla.
4. Si el cliente no está de acuerdo con el Vicepresidente de la decisión, él / ella puede apelar la decisión de volver a presentar el Formulario de Queja del Cliente al Presidente y CEO, lo que indica una solicitud de apelación. El Presidente y CEO tomará una decisión final sobre la queja dentro de los treinta días de haber recibido el formulario de queja. El cliente será notificado de la decisión final por escrito.
5. Contactos externos para reportar una queja:

a. Kansas Attorney General Derek

Schmidt

120 SW 10th Avenue, 2nd Floor

Topeka, KS 66612

(785) 291-3950

b. Missouri Attorney General

Chris Koster

207 W. High St., P.O. Box 899

Jefferson City, MO 65102

(573) 751-3321

Si necesita ayuda para completar este proceso, por favor comuníquese con la oficina principal MOCSA al (816) 285-4527.



Metropolitan Organization to Counter Sexual Assault

FORMULARIO DE QUEJAS

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____

Nombre de la persona(s) contra quien usted está presentando esta queja: _____

En sus propias palabras, explique detalladamente por qué se está presentando esta queja :

(AGREGUE PAGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

Qué sugiere usted se puede hacer para corregir este problema?

(AGREGUE PAGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

Nombre de los testigos que observaron o que tienen conocimiento de primera mano sobre esta queja:

Nombre del testigo: _____

Relación con la persona que presenta la queja: _____

Teléfono del testigo : _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Firma _____

- a) Firme el formulario y coloquelo en un sobre cerrado.
- b) Envielo por: correo o Fax a:

Attn: Vice President of Operations
 Metropolitan Organization to Counter Sexual Assault
 3100 Broadway, Suite 400
 Kansas City MO, 64158
 Fax: (816) 931-4532

- c) Se actuará sobre sobre su queja, y una decision se le dará a conocer dentro de los siguientes treinta dias de la presentación de la misma.