

## PROCESO DE RESOLUCIÓN DE QUEJAS/INQUIETUDES DEL CLIENTE

Las personas que reciban o hayan recibido servicios podrían, en forma ocasional, tener quejas en relación con el personal o los servicios. La meta de Child & Family (C&F) es hacer todo lo que esté a nuestro alcance para responder a estas inquietudes/quejas y resolver cualquier problema que pudiera surgir en forma rápida e imparcial, sin discriminaciones ni recriminaciones.

Como cliente de C&F, tiene derecho a expresar sus inquietudes al personal y, si lo desea, sostener una conversación con el miembro del personal involucrado y/o el supervisor de dicha persona. Si la queja no puede ser resuelta a través de este proceso, puede solicitar una reunión con el Director y/o el Vicepresidente del Programa. **En todo momento durante el proceso de presentación de quejas, tiene derecho a comunicarse de inmediato con el Defensor y/o el Departamento de Estado de su preferencia. Si necesita ayuda para hacerlo, C&F hará todo lo que esté a su alcance para ayudarlo en este proceso. Además, puede comunicarse con el Departamento de Estado correspondiente en cualquier momento si siente que se encuentra en peligro inminente o si teme sufrir represalias.** El proceso general de resolución de quejas es el que se indica a continuación:

Cuando un cliente haya presentado una queja verbal a un miembro del personal o con relación a uno, el miembro del personal que recibe la queja informará por escrito al respecto a su supervisor en un plazo máximo de 24 horas. Después de esto, el Supervisor, el Director del Programa y/o el Vicepresidente efectuarán una investigación que podría incluir entrevistas al miembro del personal, al supervisor, al reclamante y a otras partes involucradas, y la revisión de los informes escritos. **Las conclusiones de la investigación se presentarán en un plazo de 10 días hábiles**, y el cliente recibirá una notificación por escrito de las conclusiones, y también tendrá derecho a una reunión frente a frente previa solicitud.

Si el cliente desea apelar las conclusiones, puede presentar una **queja formal por escrito** al Vicepresidente de Calidad y Desempeño Organizacionales (OQP, por sus siglas en inglés), al Oficial de Derechos Humanos (HRO, por sus siglas en inglés) de la agencia. Si se solicita, el HRO ayudará al cliente a preparar la queja por escrito. El cliente recibirá una confirmación escrita y verbal de la recepción de la queja en un plazo de cuatro (4) días hábiles y se intentará resolver la queja en un plazo de cinco (5) días hábiles o menos.

Si el problema no se resuelve en un plazo de cinco (5) días hábiles, el HRO investigará la queja formal mediante entrevistas a las personas correspondientes y la recopilación de la información pertinente. El proceso de investigación culminará en un plazo de 15 días hábiles o menos contados desde la fecha en la que el HRO recibió la queja. Se informará por escrito al cliente y las partes involucradas de las conclusiones y de la resolución propuesta de la queja. Podría tener lugar, si el cliente así lo desea, una reunión frente a frente.

Si la queja formal no ha sido resuelta, se informará a la persona de su derecho a apelar al Departamento u organización que supervisa el programa (ver lista a continuación) y recibirá asistencia para acceder al Departamento de Estado y/o a un Defensor.

## PROCESO DE RESOLUCIÓN DE QUEJAS/INQUIETUDES DEL CLIENTE

El estado de todas las quejas formales presentadas por escrito se registrará en el sistema de seguimiento de la agencia y será revisado al menos trimestralmente por el Comité de OQP de la agencia.

### Información de contacto importante:

- Alliance for Better Long-Term Care (*Alianza para un mejor cuidado a largo plazo*) 401-785-3340
- Blue Cross/Blue Shield of Rhode Island 800-639-2227
- Unidad Reguladora (*Licensing Unit*) de DCYF (*Departamento de Niños, Jóvenes y sus Familias*) (*Cuidado de menores, Acogida temporal, Locales*) 401-528-3605
- DCYF – Región I (Área Metropolitana de Providence y Oficinas Administrativas) 401-528-3502
- Oficina de DCYF-Región II (East Bay) 401-254-7000
- DCYF – Región III (Condado de Kent y Washington) 401-792-5000
- DCYF – Región IV (Condado de Providence, sin contar el Área Metropolitana de Providence) 401-528-3820
- Division of Elderly Affairs (*Departamento de Asuntos de Personas Mayores*) – Número Principal 401-462-3000
- Division of Elderly Affairs (*Departamento de Asuntos de Personas Mayores*) – Servicios de Protección 401-462-0555
- Department of Health-Division of Health Services Regulation (*Departamento de Salud – División de Reglamentación de los Servicios de Salud*) 401-222-5200
- Department of Human Services (*Departamento de Servicios Humanos*) – Complaint Unit (*Unidad de Quejas*) 401-462-5300
- Department of BHDDH-Office of Facilities & Program Standards & Licensure (*Departamento de cuidados de salud conductual, discapacidades del desarrollo y hospitales (BHDDH) – Oficina de Servicio a las Instalaciones y Normas y Licencias del Programa*) 401-462-0393
- Neighborhood Health Plan of RI (*Plan Vecinal de Salud de Rhode Island*) 800-963-1001
- Office of the Child Advocate (*Defensoría del Niño*) 401-462-4300
- Office of the Mental Health Advocate (*Defensoría de Salud Mental*) **401-462-2003**
- Office of the Attorney General-Consumer Protection Unit (Fiscalía General – *Unidad de Defensa del Consumidor*) 401-274-4400
- Rhode Island Care Management Network (*Red de Gestión de Cuidados de Rhode Island*) 401-849-2300
- The Point – Rhode Island’s Aging & Disability Resource Center (*El Punto – Centro de Recursos para el Envejecimiento y las Discapacidades*) 401-462-4444
- Tufts Health Plan of RI (*Plan de Salud Tufts de Rhode Island*) – Miembros de CareLink) 866-352-9114
- Tufts Health Plan of RI (*Plan de Salud Tufts de Rhode Island*) – Miembros del plan financiado por el empleador) 800-682-8059

Mi firma a continuación indica que he leído/se me ha explicado y comprendo mis derechos y obligaciones como cliente de C&F y que estoy de acuerdo con las condiciones expuestas anteriormente.

---

Firma del Cliente (no es necesario si el cliente es menor de edad) Fecha

---

Firma del Responsable del cuidado (si el cliente es menor de edad) Fecha

---

Representante de C&F Fecha