**Formulario para presentar una queja por discriminación (capítulo VI) al usar los servicios de transporte médico del sistema de salud Eskenazi Health**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sección I:** |  |
| Nombre: |
| Dirección:  |
| Teléfono del domicilio: | Teléfono del trabajo: |
| Correo electrónico: |
| Indique si necesita que le presentemos la información: | En letras grandes |  | En cinta de audio |  |
| Mediante telecomunicación para sordos (*TDD)*) |  | Otro medio |  |
|  | **Sección II:** |  |
| ¿Presenta usted esta queja en su nombre? | Sí\* | No |
| \*Si su respuesta es afirmativa (Sí), diríjase a la Sección III. |
| Si su respuesta es negativa (No), por favor, escriba el nombre de la persona por la que presenta la queja y su relación o parentesco con ella: |  |
| Please explain why you have filed for a third party: |  |
|  |
| Si presenta esta queja en nombre de la persona discriminada, por favor, confirme si cuenta con su autorización:  | Sí | No |
|  | **Sección III:** |  |
| Considero que fui objeto de discriminación debido a mi: [ ] Raza [ ] Color de piel [ ] País de origen (señale todas las casillas que correspondan).Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):Explique con la mayor claridad posible lo que ocurrió y el motivo por el cual cree que le discriminaron. Por favor, describa a todas las personas implicadas. Si lo sabe, incluya el nombre y la información para contactar a quienes le discriminaron y al testigo o testigos.  |

|  |
| --- |
|  Si necesita más espacio, por favor, escriba al dorso de este formulario. |
| - |
| **Sección IV** |
|  | ¿Ha presentado alguna otra queja por discriminación, conforme lo contempla el capítulo VI, en Eskenazi Health? | Sí | No |
| **Sección V** |
| ¿Ha presentado esta queja ante cualquier organismo federal, estatal o regional; o ante un juzgado o tribunal estatal o federal?[ ] Sí [ ] NoSi la respuesta es afirmativa (Sí), señale todas las casillas que correspondan:[ ] Organismo federal: [ ] Tribunal/juzgado federal [ ] Organismo estatal  [ ] Tribunal/juzgado estatal [ ] Organismo regional  |
| Por favor, anote la información de contacto del empleado o representante del organismo o del tribunal o juzgado donde presentó la queja. |
| Nombre de la persona: |
| Cargo: |
| Nombre del organismo/tribunal/juzgado: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| **Sección VI** |
| Nombre de la empresa contra la que va dirigida la queja: |
| Nombre de la persona de contacto: |
| Cargo: |
| Número de teléfono: |

Adjunte cualquier documento u otra información que considere relevante.

Firma y fecha (obligatorias)

Firma Fecha

Por favor, envíe este formulario a Lisa García, gerente de la oficina de quejas y sugerencias, al correo

electrónico OfficeofPatientExperience@eskenazihealth.edu. Si gusta, también puede entregarlo

personalmente o enviarlo a su atención por correo postal a la dirección de la oficina, ubicada en la sala

C1-110 del centro de atención ambulatoria *Sandra Eskenazi Outpatient Care Center*:

Eskenazi Health

Office of Patient Experience (Sandra Eskenazi Outpatient Care Center, Room C1-110)

720 Eskenazi Ave., Indianapolis, IN 46202