**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 [ ] No  Si 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](mailto: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