



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, 64111

Fax: (816) 931-4532

3. El Vicepresidente de Operaciones revisará la queja y proporcionará una respuesta por escrita al cliente dentro de los treinta días siguientes de recibirla.
4. Si el cliente no está de acuerdo con la decisión del Vicepresidente, podrá apelar la decisión volviendo a presentar el Formulario de Queja de Cliente al Presidente y CEO, lo cual indica una solicitud de apelación. El Presidente y CEO tomará una decisión final sobre la queja durante el transcurso de treinta días de haber recibido el formulario de queja. El cliente será notificado de la decisión final en forma escrita.

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

Eric Schmitt

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, 64111
 Fax: (816) 931-4532

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