



# FORMULARIO DE QUEJA

Formulario estatal 54204 (R5 / 6-22)

OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO DEL DCS

## OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO DEL DCS

402 West Washington Street, Room W462

Indianapolis, IN 46204

Teléfono: (317) 234-7361

Línea gratuita: (877) 682-0101

Fax: (317) 232-3154

Correo electrónico:

DCSOmbudsman@idoa.in.gov

**INSTRUCCIONES:** Si ya intentó resolver su queja conversando acerca de sus inquietudes con un administrador o supervisor de casos de familias, o el director de la oficina local y desea presentar una queja, complete el siguiente formulario y envíelo a la Oficina del Defensor del Pueblo del DCS a la dirección que figura más arriba. Si tiene una emergencia relacionada con la seguridad de un niño, comuníquese con la línea directa contra el abuso infantil al 1-800-800-5556, ya que la Oficina del Defensor del Pueblo del DCS no se encarga de situaciones de emergencia.

¿Cómo se enteró de la Oficina del Defensor del Pueblo del DCS? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

(La información del demandante se mantendrá confidencial conforme a IC 4-13-19-7)

Nombre			
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono ( )	Otro número de teléfono ( )	Relación con el(los) niño(s)

### INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

<b>Departamento de Servicios Infantiles</b>	Condado donde se encuentra la agencia
Nombre del administrador o supervisor de casos de familias, u otro personal involucrado	
Tipo de caso <input type="checkbox"/> Línea directa <input type="checkbox"/> Evaluación/investigación <input type="checkbox"/> Caso en curso/CHINS <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Otro: _____	

### INFORMACIÓN DEL(DE LOS) NIÑO(S)

Nombre del(de los) niño(s)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Persona con la que reside el niño	Relación

### INFORMACIÓN SOBRE OTROS ADULTOS INVOLUCRADOS

Nombre	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Relación con el niño

La Oficina del Defensor del Pueblo del DCS puede recibir, investigar y tratar de resolver una queja que afirme que el DCS, por acción u omisión, no cumplió con la protección de la salud física o mental o la seguridad de cualquier niño o no cumplió con las leyes, normas o políticas escritas específicas. Dentro de este contexto, describa brevemente su queja.

Describa las acciones que usted cree que el DCS realizó/no realizó y que causaron la falta de protección del(de los) niño(s):

Describa la política, norma o ley que usted cree que el DCS no siguió:

Indique los pasos que usted ha tomado para resolver su queja:

¿Hay alguna acción judicial pendiente con respecto a este asunto o una Revisión administrativa pendiente? Si es así, describa el estado:

Describa lo que usted consideraría una resolución razonable a su queja:

**IMPORTANTE: De conformidad con IC 4-13-19-7(3), excepto cuando sea necesario para resolver e investigar una queja, no daremos su nombre al DCS sin su permiso. ¿Podemos usar su nombre durante el análisis**  **Sí**  **No**  
de su queja con el DCS?

Firma	Fecha de la firma ( <i>mes, día, año</i> )
Nombre en letra de imprenta	