

Formulario de quejas por discriminación

Si siente que ha sido discriminado como paciente o visitante en uno de nuestros establecimientos o mientras participaba en uno de nuestros programas o actividades de salud, proporcione la información que se solicita en este formulario. No es obligatorio utilizar este formulario, pero le solicitamos que incluya la información que se requiere en el presente. Puede enviar su queja por uno de los siguientes medios:

- **Correo electrónico:** ContactCompliance@imail.org
- **Correo postal:** Intermountain Health, Compliance Department (attn. Civil Rights Coordinator), 36 S. State St., Salt Lake City, UT 84111
- **En persona:** entregue el formulario a un miembro del personal de Intermountain, quien luego lo entregará a la persona indicada.
- **Teléfono:** 1-800-442-4845 (usuarios de TTY: 711)

Note to staff – please scan and return or email this form to: ContactCompliance@imail.org

Le solicitamos que entregue la queja en el plazo de 60 días desde la presunta acción discriminatoria. Presentar una queja ante Intermountain Health es voluntario. Sin embargo, proporcione la mayor cantidad de detalles posibles para que se garantice una investigación exhaustiva. Si tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, llame al 1-800-442-4845 (usuarios de TTY: 711).

Fecha

Dirección de correo electrónico

Nombre

Apellido

Dirección

Dirección (línea 2)

Ciudad

Estado

Zip

Número de teléfono (xxx)xxx-xxxx

¿Está presentando esta queja en nombre de otra persona como su representante personal?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿la persona sabe que usted está presentando esta queja en su nombre?

Considero que he sido, o que mi representado ha sido, discriminado por lo siguiente:

Edad

Raza

Color

Etnia o nacionalidad (lo que incluye la lengua materna o el dominio limitado del inglés)

Discapacidad

Sexo (lo que incluye características sexuales e intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales)

Religión

Credo

Situación socioeconómica

Condición de veterano

Otro (especificar): _____

¿Cuál es el nombre de la persona que cree que lo discriminó a usted o a su representado? (si lo sabe)

¿Dónde ocurrió la presunta discriminación? (departamento, piso, clínica, etcétera)

Nombre del establecimiento o lugar (si lo sabe)

Dirección (si la sabe)

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha del incidente o la situación

Describa lo acontecido. ¿Por qué cree que usted o su representado ha sido discriminado? Incluya la mayor cantidad de detalles posibles.

¿Cuál espera que sea la resolución de esta queja?

Utilizaremos la información que usted proporcione para investigar la acusación de discriminación. Permitiremos que todas las personas interesadas tengan la oportunidad de presentar pruebas relevantes a la queja. Redactaremos una respuesta en el plazo de 30 días de recibida la queja. Si usted no está de acuerdo con la decisión que se le comunique, puede enviar una apelación escrita (en el plazo de 15 días de recibida la decisión) a:

Intermountain Health
Compliance Department (attn: System Civil Rights Coordinator)
36 S. State Street
Salt Lake City, UT 84111

Si corresponde, recibirá una respuesta escrita a su apelación en el plazo de 30 días de presentada la apelación.