



FORMULARIO DE QUEJA/APELACIÓN DEL CONSUMIDOR Y LA FAMILIA

Nombre del consumidor:		Fecha:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):		Relación con el consumidor:	
Dirección del consumidor:			
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono:		Teléfono para mensajes:	
Lugar de servicio:			
Descripción de la queja/apelación (adjunte otra hoja si es necesario):			
¿Qué ha hecho ya para resolver esta queja/apelación?			
¿Cómo le gustaría que se resuelva esta queja/apelación?			
Formulario completado por:		Teléfono:	
Nombre:		Teléfono:	

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

To be completed by BHCS Staff

RESOLUTION TO GRIEVANCE/ APPEAL

BHCS Staff:		PSP Number:	
Description of the Grievance/Appeal Resolution:			
Consumer/Representative Contact:			
Date:	Time:	<input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Other:
Content:			
Date:	Time:	<input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Other:
Content:			