

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?			
gae na neeno ya para	reserver esta quejara	ye	
G' 1 '	1	/ 1 */ 0	
¿Cómo le gustaría que s	se resueiva esta queja	/apeiacion?	
E 1 . 1 . 1			
Formulario completado Nombre:	por:	Teléfono:	
Formulario completado Nombre:		Teléfono: A DEBAJO DE ESTA LÍNE	ZA
_	NO ESCRIBA	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff	
Nombre:	NO ESCRIBA	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff IN TO GRIEVANCE/ APPEA	
_	NO ESCRIBA To RESOLUTIO	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff N TO GRIEVANCE/ APPEA PSP Number:	
Nombre: BHCS Staff:	NO ESCRIBA To RESOLUTIO	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff N TO GRIEVANCE/ APPEA PSP Number:	
Nombre: BHCS Staff:	NO ESCRIBATO RESOLUTIO ance/Appeal Resolution	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff N TO GRIEVANCE/ APPEA PSP Number:	
Nombre: BHCS Staff: Description of the Grieva	NO ESCRIBATO RESOLUTIO ance/Appeal Resolution	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff N TO GRIEVANCE/ APPEA PSP Number: n:	
BHCS Staff: Description of the Grieva Consumer/Representative	NO ESCRIBATO RESOLUTIO Ince/Appeal Resolution e Contact:	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff N TO GRIEVANCE/ APPEA PSP Number: n:	IL .
BHCS Staff: Description of the Grieva Consumer/Representative Date:	NO ESCRIBATO RESOLUTIO Ince/Appeal Resolution e Contact:	A DEBAJO DE ESTA LÍNE be completed by BHCS Staff N TO GRIEVANCE/ APPEA PSP Number: n:	IL .