**La Crosse County** – Formulario de Complemento/Queja

Queremos sus comentarios. Si desea enviar una queja o comentario, complete este formulario y envíelo por correo electrónico a [contactus@lacrossecounty.org](mailto:contactus@lacrossecounty.org) o en persona a la dirección que aparece a continuación.

Por favor, entregar este formulario electrónicamente o en persona a la dirección debajo.

**La Crosse County**

212 6th Street N

La Crosse, WI 54601

También, puede nos llamar a 608-785-5919. Por favor, provea su información de contacto para recibir una respuesta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección A: Requisitos de formato accesible** | | | |
| Por favor marque el formato preferido para este documento. | | | |
| Letra grande | TDD o Retransmisión | Grabación de audio | Otra (si lo selecciona, indique qué tipo de formato necesita en la casilla a continuación) |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección B: Información de contacto** | | | | |
| Nombre Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | Número de teléfono (incluyendo el Código de área) Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| Dirección Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | Ciudad Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| Estado Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | Código postal Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| Correo electrónico Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | | |
| ¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre? | | Sí | | No |
| Si la respuesta es No, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por quien está presentando la queja y por qué está usted completando el formulario en su nombre en la casilla a continuación. | | | | |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | | |
| Por favor, confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando en nombre de  un tercero. | | Sí | No | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección C: Tipo de comentario** | | | |
| **¿Qué tipo de comentario estás usted proveyendo? Por favor, marque qué la categoría que mejor corresponde.** | | | |
| Queja | Sugerencia | Cumplido | Otra |
| **¿Cual de las siguiente describe la naturaleza del comentario? Por favor, marque uno o más de las casillas de verificación.** | | | |
| Raza | Color | Nacionalidad de Origen | Religión |
| Edad | Sexo | Servicio | Estado de Ingresos |
| Ley de Estadounidenses con Discapacidades (A.D.A. por sus siglas en inglés) | | Ley de Estadounidenses con Discapacidades (A.D.A. por sus siglas en inglés) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección D: Detalles de comentario** | | | | |
| **Por favor, responda las siguientes preguntas con respecto a su comentario.** | | | | |
| ¿El incidente ocurrió en el siguiente tipo de servicio? Por favor marque cualquier casilla que corresponda. | Paratránsito | Viajes Compartidos en Taxi | | Autobús |
| ¿Cuál fue la fecha de la ocurrencia? | Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año | | | |
| ¿Cuál fue la hora de la ocurrencia? | Haga clic para agregar la hora | | | |
| ¿Cuál es el nombre o identificación del empleado o empleados involucrados? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| ¿Cuál es el nombre o identificación de otros involucrados, si corresponde? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| ¿Cuál es el numero o nombre de la ruta en la que usted viajaba, si corresponde? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| ¿Cuál era la dirección o destino al que usted se dirigía cuando ocurrió el incidente, si corresponde? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| ¿Donde fue el lugar de la ocurrencia? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| ¿Estuvo involucrado el uso de una ayuda de movilidad en el incidente? | Sí | | No | |
| Por favor, agregue cualquier detalle descriptivo adicional acerca del incidente. | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | |
| **En la casilla a continuación, por favor explique tan claro como le sea posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado.** | | | | |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección E: El seguimiento** | | | | |
| ¿Podemos comunicarnos con usted si necesitamos más detallas o información? | | | Sí | No |
| **Si la respuesta es Sí, ¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted? Por favor seleccione su forma de comunicación preferida a continuación** | | | | |
| Teléfono | Correo electrónico | | Correo Postal | |
| **Si prefiere que nos comuniquemos por teléfono, indique el mejor día y hora para comunicarnos con usted.** | | | | |
| Haga clic para agregar su horario preferido | | Haga clic aqui para agregar su día preferido | | |
| **Si corresponde, por favor enumere a continuación todas las agencias adicionales ante las cuales usted ha presentado esta queja, tales como agencias federales, estatales, locales o ante cualquier tribunal Federal o Estatal. Por favor incluya la información de contacto del lugar al cual se envió la queja.** | | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto | | | | |

|  |
| --- |
| **Sección F: Resultado deseado** |
| **Por favor, enumere a continuación qué pasos le gustaría seguir para abordar el conflicto o problema.** |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sección G: Firma** | |
| **Por favor, adjunte algunos documentas que tenga que apoya la denuncia. Luego, feche y firme este formulario y envíelo a La Crosse County.** | |
| Nombre Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | **Fecha:** Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año |
| Firma Haga clic o toque aquí para introducir el texto | |