



**FORMULARIO DE QUEJA/APELACIÓN DEL CONSUMIDOR Y LA FAMILIA**

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

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

To be completed by BHCS Staff

**RESOLUTION TO GRIEVANCE/ APPEAL**

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