

Rock County Human Services Department

Formulario de reclamación

Sección 1		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono de Casa:	Móvil:	Trabajo:
¿Qué adaptaciones especiales necesita para que podamos comunicarnos con usted en relación con esta reclamación?		
Sección 2		
¿Presenta esta denuncia en su propio nombre?	Sí* <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* Si ha respondido "Sí" a esta pregunta, pase al la sección 3.		
Si la respuesta es "No", indique el nombre y la relación de la persona por la que presenta la reclamación:		
Por favor, explique el motivo por el que presenta esta queja en representación de la persona arriba mencionada:		
Si presenta la demanda en nombre de un tercer interesado, adjunte un formulario de Autorización de Información firmado por la parte perjudicada. Se adjunta el formulario:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sección 3		
Fecha del problema o incidente (mes, día, año):		
Explique lo más claramente posible la razón de su queja. Incluya el nombre de la(s) persona(s) implicada(s) y los nombres de los testigos. Si necesita más espacio, utilice páginas adicionales.		
Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere importante. Continuado hacia atras		

Firma (requerida)

Fecha (requerida)

Por favor, envíe este formulario en persona o por correo a la siguiente dirección:

Servicios Humanos del Condado de Rock

Attn: Administrative Secretary

P.O. Box 1649

Janesville, WI 53547-1649