

Formulario de Queja

Por favor envíe el Formulario de Quejas a: Grievance@harrishealth.org o en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

Administración
 HR Suite 100
 2525 Holly Hall
 Houston, TX 77054
 Phone: 713-566-6435
 Hours: 8am – 4:30pm

Hospital Ben Taub
 HR Suite 190
 1504 Taub Loop
 Houston, TX 77030
 Phone: 713-873-4780
 Hours: 8am – 4:30pm

Hospital LBJ
 HR Suite 271
 5656 Kelley
 Houston, Texas 77026
 Phone: 713-566-8580
 Hours: 8am – 4:30pm

I. Información del Empleado

Nombre del Empleado:		Número de Empleado:	
Puesto:	Departamento:		
Supervisor / Gerente inmediato:	Instalación:		
Dirección de domicilio:		Apt:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:		Dirección de Correo Electrónico:	
He recibido una copia de la Política de Quejas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Solicita asistencia de un Intérprete? Idioma:		Representante que esté presente: <input type="checkbox"/> uno mismo <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Abogado	

II. Descripción de su Queja

Incluya su preocupación específica y su justificación para la reconsideración de empleo. (Adjunte páginas adicionales según sea necesario)

III. Resolución Deseada por el Empleado

Solicito que tomen las siguientes acciones para resolver mi queja. (Adjunte páginas adicionales según sea necesario)

 Firma del Empleado

 Fecha