

**Formulario de Queja**

Por favor envíe el Formulario de Quejas a: [Grievance@harrishealth.org](mailto: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