

# Formulario de Queja

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Administración** | **Hospital Ben Taub** | **Hospital LBJ** |
| HR Suite 100 | HR Suite 190 | HR Suite 271 |
| 2525 Holly Hall | 1504 Taub Loop | 5656 Kelley |
| Houston, TX 77054 | Houston, TX 77030 | Houston, Texas 77026 |
| Phone: 713-566-6435 | Phone: 713-873-4780 | Phone: 713-566-8580 |
| Hours: 8am – 4:30pm | Hours: 8am – 4:30pm | Hours: 8am – 4:30pm |

1. **Información del Empleado**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Empleado: | Número de Empleado: |
| Puesto: | Departamento: |
| Supervisor / Gerente inmediato: | Instalación: |
| Direccion de domicilio: | Apt: |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono: | Dirección de Correo Electrónico: |
| He recibido una copia de la Politica de Quejas: Si No |
| ¿Solicita asistencia de un Intérprete? No Si Idioma: | Representante que esté presente: uno mismo Sindicato Abogado |

1. **Descripción de su Queja**

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# 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

284627A│09.17

*Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published on the Harris Health System Document Control Center prevails.*