Formulario de reclamos para jóvenes

Department of Health & Human Services | Juvenile Justice & Youth Services

A RELLENAR POR EL JOVEN

Nombre del joven:	**Fecha:**	**Hora:**
Motivo de la queja:		
Persona(s) involucrada(s):	**Testigos:**	
Firma del joven:		

A RELLENAR POR EL APD DEL CENTRO/PROGRAMA O LA PERSONA DESIGNADA

Nombre del personal:	**Fecha:**
Notas de revisión del APD o su representante	
Resuelto: Sí No (En caso de respuesta negativa, remítase al director del programa)	**Fecha de remisión al director del programa**
Conclusiones/Resolución:	
Firme a continuación para indicar que se han discutido los resultados con el joven:	
Firma del joven	**Fecha:**
Joven: ☐ De acuerdo con la resolución ☐ En desacuerdo con la resolución ☐ Apelar la resolución	
Comentarios del joven	
Firma del APD/persona designada	**Fecha**

Comentarios, ideas y Agradecimientos

Department of Health & Human Services | Juvenile Justice & Youth Services

¡Queremos saber de usted! Esta página está destinada a sus comentarios positivos, ideas creativas y agradecimientos. Si desea sugerir un cambio, compartir una idea o agradecer a alguien por un trabajo bien hecho, ¡háganoslo saber! Su ayuda contribuye a que este sea un lugar mejor para todos.

Nombre del joven:	**Fecha:**	**Hora:**
Sugerencias: Por favor, comparta cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestras rutinas diarias, las instalaciones, los programas o las actividades		
Ideas: ¿Tiene alguna idea nueva para una actividad grupal, un proceso, una comida o un proyecto? Háganoslo saber aquí		
Comentarios: Comparta cualquier otra reflexión general, observación o comentario positivo que desee compartir con nosotros		
¡Felicitaciones y reconocimientos!: ¿Algún miembro del personal, compañero o voluntario ha hecho algo amable, útil o excepcional recientemente? Escriba su nombre y lo que hizo para que podamos rendirle homenaje		