DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DEL ESTADO DE TEXAS

*Formulario de Quejas de Food and Nutrition Division (Formulario de Quejas)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SECCIÓN A | | | | | | | | | |
| Para presentar una queja, complete lo siguiente: | | | | | | | | | |
| 1 Información de contacto (del individuo que complete el formulario*)* | | | | | | | | | |
| **Deseo permanecer anónimo** | | | | **Tipo de queja:**ELIJA UN ELEMENTO. | | | | | |
| Nombre | | | | Apellido | | | | Número telefónico y/o email | |
| Dirección postal | | | | Ciudad, Estado, Código Postal | | | | | |
| 2 queja SOBRE una entidad contratante (CE por sus siglas en inglés) o INDIVIDUO | | | | | | | | | |
| Nombre y dirección de la entidad contratante (CE) que presta el servicio o beneficio (si aplica) | | | | | | | | | No. de identificación del CE (si se conoce) |
| Si la queja es sobre un individuo, anote el nombre y contacto de dicho individuo | | | | | | | | | Relación al CE o individuo |
| Describa la queja en detalle, incluyendo la fecha y hora del incidente. Adjunte cualquier documentación relevante que respalde la queja o supuesta violación. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| SECCIÓN B | | | | | | | | | |
| Para listar los individuos con información o conocimiento sobre el incidente, complete lo Siguiente: | | | | | | | | | |
| 1 información DEL testigo | | | | | | | | | |
| Nombre | Apellido | | | | | | Número telefónico y/o email | | |
| Dirección postal | Ciudad, Estado, Código Postal | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| SECCIÓN C | | | | | | | | | |
| 1 información DEL testigo | | | | | | | | | |
| Firma del reclamante  Queja recibida por email | | | | | Fecha | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| SECCIÓN D | | | | | | | | | |
| 1 SóLO PARA USO INTERNO | | | REGIÓN DE ESC ESCOJA UNO. | | | REGIÓN DE F&N ESCOJA UNO. | | | |
| Queja recibida por  Teléfono  Email  En persona  Fax  Correo postal  Footprint Ticket | | | | | | | | | |
| Número de IQ y/o  Footprint Ticket | | Sección del Programa F&N  CACFP SFSP SNP Productos Empleado  Otro | | | | | | | |
| Nombre del representante de F&N | | Título | | | | | | Fecha | |
| Referido a | | Título | | | | | | Fecha | |