



CFHC

Complaint Form / Formulario de Quejas

Name / Nombre:	Date / Fecha:
Birthdate Fecha de Nacimiento:	Phone / Telefono:
Mailing Address/Dirección Postal: (Street, Apartment, City, State, Zip Code) (Calle, Apartamento Ciudad Estado Código postal)	
How may we contact you? / ¿Cómo podemos comunicarnos con usted?	<input type="checkbox"/> Phone/Telefono <input type="checkbox"/> Mail/Correo <input type="checkbox"/> Other / Otra:
Please tell us about your complaint (be as specific as possible) / Cuéntenos acerca de su queja (sea lo más específico posible)	
What happened? / ¿Qué sucedió?	
Who was involved? / ¿Quiénes estuvieron involucrados	
When did it happen? / ¿Cuándo sucedió?	
How would you like this complaint resolved? / ¿Cómo le gustaría que se resolviera esta queja?	
Additional Information / Información adicional	
Resolution Summary (staff completes)	
Signature / Firma:	Date / Fecha: