

Formulario de quejas por discriminación

Si siente que ha sido discriminado como paciente o visitante en uno de nuestros establecimientos o mientras participaba en uno de nuestros programas o actividades de salud, proporcione la información que se solicita en este formulario. No es obligatorio utilizar este formulario, pero le solicitamos que incluya la información que se requiere en el presente. Puede enviar su queja por uno de los siguientes medios:

- **Correo electrónico:** ContactCompliance@imail.org
- **Correo postal:** Intermountain Health, Compliance Department (attn. Civil Rights Coordinator), 36 S. State St., Salt Lake City, UT 84111
- **En persona:** entregue el formulario a un miembro del personal de Intermountain, quien luego lo entregará a la persona indicada.
- **Teléfono:** 1-800-442-4845 (usuarios de TTY: 711)

Note to staff – please scan and return or email this form to: ContactCompliance@imail.org

Le solicitamos que entregue la queja en el plazo de 60 días desde la presunta acción discriminatoria. Presentar una queja ante Intermountain Health es voluntario. Sin embargo, proporcione la mayor cantidad de detalles posibles para que se garantice una investigación exhaustiva. Si tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, llame al 1-800-442-4845 (usuarios de TTY: 711).

Fecha

Dirección de correo electrónico

Nombre

Apellido

Dirección

Dirección (línea 2)

Ciudad

Estado

Zip

Número de teléfono (xxx)xxx-xxxx

¿Está presentando esta queja en nombre de otra persona como su representante personal?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, ¿la persona sabe que usted está presentando esta queja en su nombre?

Considero que he sido, o que mi representado ha sido, discriminado por lo siguiente:

- ☐ Edad
- ☐ Raza
- ☐ Color
- ☐ Etnia o nacionalidad (lo que incluye la lengua materna o el dominio limitado del inglés)
- ☐ Discapacidad
- ☐ Sexo (lo que incluye características sexuales e intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales)
- ☐ Religión
- ☐ Credo
- ☐ Situación socioeconómica
- ☐ Condición de veterano
- ☐ Otro (especificar): _____

¿Cuál es el nombre de la persona que cree que lo discriminó a usted o a su representado? (si lo sabe)

¿Dónde ocurrió la presunta discriminación? (departamento, piso, clínica, etcétera)

Nombre del establecimiento o lugar (si lo sabe)

Dirección (si la sabe)

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha del incidente o la situación

Describa lo acontecido. ¿Por qué cree que usted o su representado ha sido discriminado? Incluya la mayor cantidad de detalles posibles.

¿Cuál espera que sea la resolución de esta queja?

Utilizaremos la información que usted proporcione para investigar la acusación de discriminación. Permitiremos que todas las personas interesadas tengan la oportunidad de presentar pruebas relevantes a la queja. Redactaremos una respuesta en el plazo de 30 días de recibida la queja. Si usted no está de acuerdo con la decisión que se le comunique, puede enviar una apelación escrita (en el plazo de 15 días de recibida la decisión) a ContactCompliance@imail.org o:

Intermountain Health
Compliance Department (attn: System Civil Rights Coordinator)
36 S. State Street
Salt Lake City, UT 84111

Si corresponde, recibirá una respuesta escrita a su apelación en el plazo de 30 días de presentada la apelación.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge. Please see staff for assistance.

Arabic	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى. مجانًا المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم.	العربية
Chinese	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
French	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
German	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
Hindi	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं निःशुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के लिए स्टाफ से मिलें।	हिन्दी
Italian	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
Japanese	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
Korean	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
Portuguese	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
Russian	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
Somali	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
Spanish	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
Tagalog	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
Tongan	'Oku mau fakahoko 'a e tokoni 'i he leá mo vahevahe 'o 'ikai ha totongi 'a e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingata'a'ia fakaefetu'utaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt

