|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Domicilio del Sitio del/la Participante: | Identificación del/la Participante #: |
| Número de Teléfono: |
| Nombre de la Agencia de Preparación: |
| Nombre del/la Participante: | Fecha en la que Se Llenó la Forma: |

**Instrucciones:** Por favor llene esta forma y envíela al Equipo de Quality First de First Things First por correo electrónico o correo postal. Todo lo que se envíe será revisado por First Things First.

Domicilio Electrónico: QualityFirst@FirstThingsFirst.org

First Things First

Quality First Team

4000 N. Central Ave. Ste. 500

Phoenix, AZ 85012

Las preguntas de abajo las debe contestar la persona que presenta la queja o una persona actuando con el conocimiento y consentimiento de la persona presentando la queja.

1. Describa la queja/el problema.
2. ¿Ha habido algún intento para resolver la queja con el equipo de Quality First (QF coordinador, mentor, evaluador, consultor, supervisor, etc.)? Si es así, por favor describa los detalles de la conversación telefónica, las reuniones o la correspondencia por escrito. Por favor también incluya una copia del Plan de Apoyo Específico, si es aplicable.
3. ¿Tiene usted recomendaciones para posibles soluciones?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del/la Participante Firma del/la Participante Fecha