

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE ASUNTO

Nombre:	
Número del caso o UPI	
Teléfono:	Fecha:
Correo electrónico:	
Dirección de correo:	

Por favor marque el programa de asistencia que corresponde a su queja/preocupación. Por favor marque todo lo aplicable:

- SNAP (Estampillas de Comida)
 TANF (Asistencia Monetaria)
 Medicaid (Asistencia Médica)
 Manutención de niños
 Programa de Asistencia para Servicios de Energía
 Otro: _____

Por favor describa la naturaleza de sus preocupaciones incluyendo información específica tal como la fecha, la hora y la oficina en donde ocurrió el incidente. Por favor incluya los nombres y/o el título de los empleados involucrados.

Por favor utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio y devuelva este formulario completo a cualquier oficina del distrito de Bienestar.

Puede ser contactado si se necesita información adicional.

For Internal Use:
Para uso interno:

Office _____ OTRS _____ Date _____

A large rectangular box containing 25 horizontal lines, intended for writing.