



**DETROIT WAYNE INTEGRATED HEALTH NETWORK  
FORMULARIO DE DENUNCIA SOBRE DERECHOS DEL BENEFICIARIO**

SÓLO PARA USO DE OFICINA	
NÚMERO DE DENUNCIA	CATEGORÍA

**INSTRUCCIONES:**

SI CREE QUE SE HA VULNERADO ALGUNO DE SUS DERECHOS, USTED (O ALGUIEN EN SU NOMBRE) PUEDE UTILIZAR ESTE FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA DENUNCIA. UN REPRESENTANTE DE DERECHOS REVISARÁ LA DENUNCIA Y PODRÁ REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN. CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS Y ENVÍE EL ORIGINAL A:

DETROIT WAYNE INTEGRATED HEALTH NETWORK  
OFFICE OF RECIPIENT RIGHTS  
707 W. MILWAUKEE STREET  
DETROIT, MI 48202-2943

NOMBRE DEL DENUNCIANTE		NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Si es diferente del denunciante)	
DIRECCIÓN DEL DENUNCIANTE		DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL DENUNCIANTE		NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO	
¿DÓNDE SE PRODUJO LA SUPUESTA INFRACCIÓN?		¿CUÁNDO OCURRIÓ? (Fecha y hora)	
¿QUÉ DERECHO SE HA VIOLADO?			
DESCRIBA LO SUCEDIDO			
¿QUÉ QUIERE QUE OCURRA PARA CORREGIR EL PROBLEMA?			
FIRMA DEL DENUNCIANTE	FECHA / /	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ASISTE AL DENUNCIANTE (SI LO HAY)	