

Instrucciones: Por favor, complete todas las secciones excepto la gris que está en el pie de página. Envíe el formulario por correo o fax a Consumer Direct a la dirección o número de fax que encontrará abajo.

Nombre: _____ Fecha: _____

(Por favor, en letra de molde)

Afiliación (por favor, marque una):

- Consumidor Cuidador Representante de Cuidado Personal
 Administrativo Otro _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por favor, marque la casilla que corresponda: Felicitación Sugerencia Queja

¿Quiere que le contactemos? Sí No

En caso positivo, ¿cómo?: teléfono correo electrónico correo tradicional

Por favor, describa la felicitación, sugerencia o queja:

Por favor, envíe el formulario completado vía correo o fax a: Consumer Direct Care Network
1005 Terminal Way, Suite 125
Reno, NV 89502
Fax gratuito: 877-786-4998

Para uso de la oficina de CDCN:

Fecha de Recepción: ____/____/____ Firma: _____

Acción Tomada: Resuelto Sin Resolver Entregado al Gestor del Programa

Plan: (Por favor, utilice el reverso del formulario)