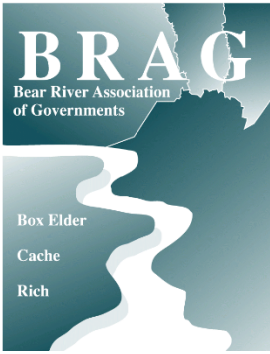


Asociación de Gobiernos de Bear River

Paquete de Admisión 2021



Bear River Association of Governments
170 North Main Street
Logan, Utah 84321
PH (435) 752-7242
Fax (435) 752-6962
www.brag.utah.gov

Solicitante de Servicios Sociales,

Una vez tenga la solicitud completa, elegir **una de las siguientes tres maneras posibles de entrega.**

1. Dejarla en el buzón de BRAG ubicado en la parte trasera de nuestro edificio (al lado este)
2. Puede ser enviada por correo a la siguiente dirección:
Emergency Rental Assistance
BRAG
170 N Main, Logan UT 84321
3. Se puede escanear y enviar al correo electrónico: emergencyrent@brag.utah.gov

Los fondos disponibles son limitados, por ende, no hay garantía de que usted sea aprobado para recibir asistencia, cada aplicación tendrá una duración de vigencia de **30 días**.

Este formulario fue creado para asistir a individuos que están en riesgo de ser desalojados, de quedar sin techo, habitan lugares en condiciones no aptas para vivienda, residen temporalmente en hoteles pagos por alguna organización, viven en un albergue de emergencia o en vivienda transicional. Para calificar se evalúan los ingresos brutos del hogar del solicitante utilizando las Guías Nacionales de Pobreza 2021 al igual que el rango de ingresos promedio del área para el año 2021.

Hogares que estén experimentando **falta de hogar literal (vivir en la calle sin techo)** serán evaluados bajo una serie de factores de vulnerabilidad para identificar qué tipo de apoyo y nivel de intervención necesaria para conseguir estabilidad de vivienda. Es importante que mantenga actualizada su información de contacto. Si no podemos comunicarnos con usted, se eliminará de la lista y tendrá que volver a aplicar.

Por favor adjunte los siguientes documentos con su aplicación:

- Paquete de aplicación BRAG
- Tarjetas de Seguro Social / Tarjetas de Residencia Permanente - *De todos los miembros del hogar*
- Identificación con fotografía - *De todos los miembros del hogar mayores de 18 años*
- Partida de Nacimiento – *De todos los miembros del hogar*
- Comprobante de ingresos - *De los últimos 30 días*
- Reporte de beneficios de DWS - *Impresión disponible a través de Mi caso (si corresponde)*
- Documentación que respalda la crisis - *Carta de desalojo*
- Contrato / contrato de arrendamiento firmado por las dos partes (*si aplica*)

Asociación de Gobiernos de Bear River
Paquete de Admisión

Departamento de Salud y Servicios Sociales
Pautas Nacionales de Pobreza 2021
Ingresos Mensuales Brutos

<i>Household Family Size</i>	50%	100%	125%	130%	133%	135%	138%	150%	175%	185%	200%
1	\$536	\$1,073	\$1,341	\$1,395	\$1,427	\$1,449	\$1,481	\$1,610	\$1,878	\$1,985	\$2,146
2	\$725	\$1,451	\$1,814	\$1,887	\$1,930	\$1,959	\$2,003	\$2,177	\$2,540	\$2,685	\$2,903
3	\$915	\$1,830	\$2,287	\$2,379	\$2,433	\$2,470	\$2,525	\$2,745	\$3,202	\$3,385	\$3,660
4	\$1,104	\$2,208	\$2,760	\$2,870	\$2,937	\$2,981	\$3,047	\$3,312	\$3,864	\$4,085	\$4,416
5	\$1,293	\$2,586	\$3,233	\$3,362	\$3,440	\$3,492	\$3,569	\$3,880	\$4,526	\$4,785	\$5,173
6	\$1,482	\$2,965	\$3,706	\$3,854	\$3,943	\$4,002	\$4,091	\$4,447	\$5,188	\$5,485	\$5,930
7	\$1,671	\$3,343	\$4,179	\$4,346	\$4,446	\$4,513	\$4,613	\$5,015	\$5,850	\$6,185	\$6,686
8	\$1,860	\$3,721	\$4,652	\$4,652	\$4,949	\$5,024	\$5,135	\$5,582	\$6,512	\$6,885	\$7,443

BRAG utiliza la guía de pobreza anterior para determinar la elegibilidad para nuestros programas. Las cantidades mencionadas anteriormente son ingresos brutos mensuales.

De acuerdo con los Servicios Legales del Programa de Acción Comunitaria (CAPLAW), los ingresos de todos los miembros en cada unidad familiar individual deben incluirse para determinar la elegibilidad de ingresos.

Cada fuente de fondos utiliza rangos de pobreza diferentes para determinar qué rango de ingresos se requiere para calificar para asistencia. Todos los fondos disponibles serán considerados para asistir solicitantes.

Asociación de Gobiernos de Bear River

Paquete de Admisión

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Aplicación: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Arrendador: _____

Teléfono del Arrendador: _____ Correo Electrónico del Arrendador: _____

Estado de vivienda:

(marque uno)

- Literalmente sin Hogar**, ej: durmiendo en su vehículo, refugio de emergencia, refugio seguro
- Situación Institucional**, ej: orfanato, casa de grupo, asilo de ancianos, prisión o celda
- Vivienda de Transición o Permanente**, ej: alquiler con o sin subsidio, vivienda propia, quedar con amigos o familiares, o viviendo en un hotel / motel
- Hotel**, ¿Quién lo paga? _____
- Otra**, por favor especifique: _____

Duración de la estancia:

(marque una)

- 1 día o menos 2 días a 1 semana más de 1 semana, pero menos de 1 mes
- 1 – 3 meses más de 3 meses, pero menos de 1 año 1 año o más

Alguien en su hogar ha solicitado asistencia en BRAG? No Si

Si sí, cuándo _____ Alguna vez alguien en el hogar recibió asistencia? No Si

¿Tiene algún pago atrasado de alquiler o servicios públicos? No Si, empresas a las que debe dinero _____

¿Tiene un aviso de desalojo? No Si, ¿En qué fecha se cumplió el desalojo? _____

Alguna vez le han negado una vivienda debido a un aviso de desalojo? No Si

Cuando comenzó su crisis de vivienda o periodo reciente de falta de vivienda? ____/____/____

En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar? _____

En los últimos tres años, ¿cuantos meses en total ha estado sin hogar? _____

¿Cuál es el código postal de su última dirección permanente? _____

¿Estás huyendo de la violencia doméstica? No Si

Eres un sobreviviente de violencia doméstica? No Si

Si si, hace cuanto tiempo fue? últimos 3 meses 3-6 meses 6 meses hasta 1 año Más de un año

¿Eres madre/padre soltera(o)? No Si ¿Está recibiendo manutención infantil? No Si

Si no, ha sido informado de los métodos para buscar manutención infantil a través de ORS? No Si

Al firmar a continuación, verificó que la información que he proporcionado es verdadera y precisa que yo sepa. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa resultará en la negación o terminación de la asistencia.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del solicitante

Fecha

Firma del administrador de casos

Fecha

Asociación de Gobiernos de Bear River
Paquete de Admisión

Plan de autosuficiencia

¿Qué dificultad / evento / crisis lo hizo retrasarse en su alquiler o lo dejó sin hogar?

¿Cómo planea mantenerse económicamente después de que se le dé asistencia de alquiler de una sola vez?

¿Cómo pagó sus facturas el mes pasado?

Importante: *Esta es una asistencia de una sola vez y cualquier persona en el hogar que reciba esta asistencia no será elegible para recibir asistencia durante cinco años.*

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

INFORMACIÓN DEL HOGAR (continúa en la página 7)

Asociación de Gobiernos de Bear River

Paquete de Admisión

- (1) **Individuos relacionados:** dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio y/ o adopción que residen juntas, o
 (2) **Individuo no relacionado:** un individuo que no es un recluso de una institución y que reside solo o con una o más personas que no están relacionadas con él / ella por nacimiento, matrimonio y / o adopción, excluyendo compañeros de casa (inquilinos o arrendamientos).

Información Demográfica	Miembro del hogar #1	Miembro del hogar #2	Miembro del hogar #3
	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Relación <small>con el jefe de hogar</small>	Yo	Relación:	Relación:
Fecha de Nacimiento <small>Mes/Día/Año</small>			
Seguridad Social			
Género	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Otro género	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Otro género	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Otro género
Número de teléfono <small>Si es diferente</small>			
Correo electrónico <small>Si es diferente</small>			
Educación <small>(un círculo)</small>	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 9-12/no graduados Graduado HS GED Diploma de graduación 2-4 años de universidad 12 + alguna Educación superior	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 9-12/no graduados Graduado HS GED Diploma de graduación 2-4 años de universidad 12 + alguna Educación superior	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 9-12/no graduados Graduado HS GED Diploma de graduación 2-4 años de universidad 12 + alguna Educación superior
Discapacidad	Si No Desconocido	Si No Desconocido	Si No Desconocido
Raza/Etnicidad:	Nativo Americano Blanco Isleno del Pacifico Multiracial (2 o mas) Negro/ Africano Americano Asiatico	Nativo Americano Blanco Isleno del Pacifico Multiracial (2 o mas) Negro/ Africano Americano Asiatico	Nativo Americano Blanco Isleno del Pacifico Multiracial (2 o mas) Negro/ Africano Americano Asiatico
Hispano o Latino	Si No	Si No	Si No
Estado de Empleo	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Granja Estacional Migrante	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Granja Estacional Migrante	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Granja Estacional Migrante
Juventud Desconectada <small>Jóvenes de 14 a 24 años que no trabajan ni estudian</small>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro de Salud	Ninguno Compra directa Medicaid Medicare PCN Cuidado Militar CHIP Basado en el empleo	Ninguno Compra directa Medicaid Medicare PCN Cuidado Militar CHIP Basado en el empleo	Ninguno Compra directa Medicaid Medicare PCN Cuidado Militar CHIP Basado en el empleo
Servicio Militar	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No
El embarazo	Si, fecha de vencimiento _____ No	Si, fecha de vencimiento _____ No	Si, fecha de vencimiento _____ No
Barreras actualmente presente	Abuso de alcohol Condición de salud crónica HIV/AIDS Discapacidad de desarrollo Abuso de sustancias (pasado/actual) Salud mental Discapacidad física	Abuso de alcohol Condición de salud crónica HIV/AIDS Discapacidad de desarrollo Abuso de sustancias (pasado/actual) Salud mental Discapacidad física	Abuso de alcohol Condición de salud crónica HIV/AIDS Discapacidad de desarrollo Abuso de sustancias (pasado/actual) Salud mental Discapacidad física
Las barreras son de largo plazo?	Si No	Si No	Si No
¿Recibe atención para las barreras?	Si No	Si No	Si No

Asociación de Gobiernos de Bear River
Paquete de Admisión 2021

INFORMACIÓN DEL HOGAR CONTINUADA

Información Demográfica	Miembro del hogar #4	Miembro del hogar #5	Miembro del hogar #6
	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Relación con el jefe de hogar	Relación:	Relación:	Relación:
Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año			
Seguridad Social			
Género	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Otro género	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Otro género	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Otro género
Número de teléfono Si es diferente			
Correo electrónico Si es diferente			
Educación (un círculo)	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 9-12/no graduados Graduado HS GED Diploma de graduación 2-4 años de universidad 12 + alguna Educación superior	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 9-12/no graduados Graduado HS GED Diploma de graduación 2-4 años de universidad 12 + alguna Educación superior	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 9-12/no graduados Graduado HS GED Diploma de graduación 2-4 años de universidad 12 + alguna Educación superior
Discapacidad	Si No Desconocido	Si No Desconocido	Si No Desconocido
Raza/Etnicidad:	Nativo Americano Blanco Isleno del Pacífico Multiracial (2 o mas) Negro/ Africano Americano Asiatico	Nativo Americano Blanco Isleno del Pacífico Multiracial (2 o mas) Negro/ Africano Americano Asiatico	Nativo Americano Blanco Isleno del Pacífico Multiracial (2 o mas) Negro/ Africano Americano Asiatico
Hispano o Latino	Si No	Si No	Si No
Estado de Empleo	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Granja Estacional Migrante	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Granja Estacional Migrante	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Granja Estacional Migrante
Juventud Desconectada Jóvenes de 14 a 24 años que no trabajan ni estudian	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro de Salud	Ninguno Compra directa Medicaid Medicare PCN Cuidado Militar CHIP Basado en el empleo	Ninguno Compra directa Medicaid Medicare PCN Cuidado Militar CHIP Basado en el empleo	Ninguno Compra directa Medicaid Medicare PCN Cuidado Militar CHIP Basado en el empleo
Servicio Militar	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No
El embarazo	Si, fecha de vencimiento _____ No	Si, fecha de vencimiento _____ No	Si, fecha de vencimiento _____ No
Barreras actualmente presente	Abuso de alcohol Condición de salud crónica HIV/AIDS Discapacidad de desarrollo Abuso de sustancias (pasado/actual) Salud mental Discapacidad física	Abuso de alcohol Condición de salud crónica HIV/AIDS Discapacidad de desarrollo Abuso de sustancias (pasado/actual) Salud mental Discapacidad física	Abuso de alcohol Condición de salud crónica HIV/AIDS Discapacidad de desarrollo Abuso de sustancias (pasado/actual) Salud mental Discapacidad física
Las barreras son de largo plazo?	Si No	Si No	Si No
¿Recibe atención para las barreras?	Si No	Si No	Si No

Asociación de Gobiernos de Bear River
Paquete de Admisión 2021
AUTO DECLARACIÓN DE INGRESOS

Nombre del solicitante: _____

Complete la siguiente información de ingresos para el período de 30 días inmediatamente anterior a la fecha de solicitud.

Período de 30 días: _____ a _____

Ingresos

Si No Empleo \$ _____	Si No Pensión/Jubilación \$ _____
Si No Auto-empleo \$ _____	Si No Beneficios para veteranos \$ _____
Si No desempleo \$ _____	Si No Pensión alimenticia \$ _____
Si No Compensación de trabajadores \$ _____	Si No Manutención de los hijos \$ _____
Si No Asistencia pública en efectivo \$ _____	Si No Asistencia de amigos/familia \$ _____
Si No Seguridad Social \$ _____	Si No Otro \$ _____

Beneficios no monetarios

Si No Cupones de alimentos \$ _____	Si No Medicaid
Si No WIC \$ _____	Si No Medicare
Si No TANF Cuidado de niños	Si No Otro

Para cada tipo de ingreso recibido, describa la fuente y quién lo recibe:

Fuente de ingresos: _____	Miembro del hogar: _____
Fuente de ingresos: _____	Miembro del hogar: _____
Fuente de ingresos: _____	Miembro del hogar: _____
Fuente de ingresos: _____	Miembro del hogar: _____

Si algún adulto en el hogar no recibió ningún ingreso en los últimos 30 días, escriba sus nombres a continuación.

- _____ NO recibió ingresos.
- _____ NO recibió ingresos.
- _____ NO recibió ingresos.

ADVERTENCIA: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos. **Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros del hogar o se denegará la solicitud.**

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

Firma del administrador de casos.

fecha

IMPORTANTE: Nuestros programas trabajan para la sostenibilidad y el éxito de los inquilinos. Debemos tener una prueba del método financiero que utilizará para mantenerse una vez que se brinde la asistencia de alquiler.

Asociación de Gobiernos de Bear River
Paquete de Admisión 2021

Consentimiento para servicios coordinados y divulgación de información

Por la presente autorizo a la Asociación de Gobiernos de Bear River (BRAG) a compartir información sobre los servicios que mi hogar y yo hemos recibido o recibirá con organizaciones relevantes para mi caso. Esto puede incluir las siguientes organizaciones: compañía de servicios públicos, mi arrendador, Salud Mental de Bear River, Ciudadanos contra el Abuso Físico y Sexual (CAPSA) y la División de Servicios para Niños y Familias (DCFS). Entiendo que la información permanecerá confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales, y sólo se utilizará para mi beneficio o para beneficiar a otros miembros de mi hogar.

Información a divulgar: toda la información sobre mi atención. La información no identificable también se puede utilizar con fines de investigación para garantizar el éxito del programa y las fuentes de financiación actuales y potenciales.

Propósito de la divulgación: El propósito de compartir esta información es mejorar la coordinación de los servicios para promover mejor la estabilidad de la vivienda.

- 1) Brindar servicios coordinados de vivienda, médicos, sociales, psicológicos y de otro tipo.
- 2) Evaluar los resultados relacionados con la prestación de servicios.
- 3) Mejorar la coordinación de los servicios para ayudar a convertirse en una vivienda estable y autosuficiente

No se requiere para los servicios: entiendo que la autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que la negativa a compartir información con ciertas organizaciones puede evitar que reciba servicios específicos de ciertos programas.

Derecho a revocar: entiendo que mi consentimiento durará un año a partir de la fecha de hoy, a menos que revoque mi autorización por escrito antes de esa fecha.

Al firmar a continuación, autorizo a BRAG a compartir información con otras organizaciones en relación con mis necesidades de vivienda.

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

Asociación de Gobiernos de Bear River

Paquete de Admisión 2021

Forma para Autorización Informada de Divulgación de UHMIS

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

ASEGÚRESE DE QUE HAYA TENIDO OPORTUNIDAD DE QUE LE HAYAN SIDO CONTESTADAS TODAS SUS PREGUNTAS.

Bear River Asociación de Gobiernos (BRAG) es parte del Sistema de Información de Administración de Personas Sin Hogar de Utah. (o UHMIS por sus siglas en inglés)

UHMIS es un sistema que usa computadoras para recopilar información sobre la situación de falta de vivienda. UHMIS tiene como objetivo rastrear el financiamiento de programas para personas sin hogar que son otorgados por muchos financiadores. La meta es simplificar la prestación de servicios a las personas necesitadas.

UHMIS opera a través de Internet y usa muchas protecciones de seguridad para mantener su información segura. Muchos proveedores de servicios en Utah usan UHMIS, por lo que su información se compartirá con otros proveedores de servicios que brindan servicios similares. La información recopilada se encuentra en un servidor seguro ubicado en Data System International (DSI), en Sandy, Utah. Los empleados de DSI tienen acceso a este servidor y a los datos alojados allí, pero solo para el trabajo de soporte y mantenimiento de la red. El personal de UHMIS y el personal aprobado de la Oficina de Servicios Comunitarios del Estado de Utah (SCSO, por sus siglas en inglés) reúnen y usan solo la información que se necesita para los informes sobre personas sin hogar para ayudar a informar a las decisiones de dicha política. Toda persona que tenga acceso a esta información debe firmar y cumplir con todos los acuerdos de confidencialidad.

Para brindarle el mejor servicio posible, Bear River Asociación de Gobiernos (BRAG) le pide su permiso para compartir su información con otras agencias participantes aprobadas por el UHMIS en el estado de Utah. Esto incluye compartir la siguiente información sobre usted y sobre sus menores dependientes que viven con usted:

Nombre, sexo, número parcial de su tarjeta de seguro social, fechas de nacimiento

Al firmar este formulario, nos está dando permiso para compartir su información y la información de sus hijos dependientes menores de 18 años con otras agencias participantes de UHMIS. Esta información estará disponible durante siete años a partir de la última fecha de servicio.

Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a esta agencia. La cancelación no se aplicará a aquellos registros que ya hayamos obtenido sobre usted. **Si decide no dar su autorización, esto no afectará su elegibilidad para recibir servicios** a menos que esté solicitando para el programa de Prevención para Personas Sin Hogar y Financiación para Reubicación Rápida en una Vivienda (HPRP o TANF, por sus siglas en inglés).

Sus Derechos

- Usted tiene derecho a recibir servicios que no pertenecen a UHMIS, incluso si elige **NO** participar en el UHMIS. • Tiene derecho a preguntar quién ha visto su información.
- Tiene derecho a ver su información y a cambiarla si no es correcta. Pero debe mostrar documentación que soporte el cambio. Puede obtener una lista de las agencias participantes de su administrador de casos o en línea en <http://hmis.utah.gov>. Si no desea que su información se comparta con una agencia específica, infórmese a su administrador de casos o al trabajador de admisión. Él / ella puede tomar las medidas adecuadas para cumplir con su pedido.

FIRMA DEL CLIENTE (Y/O GUARDIÁN)

FECHA

NOMBRE DEL CLIENTE EN LETRA IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR DE ADMISIONES
O DEL ADMINISTRADOR DEL CASO

Asociación de Gobiernos de Bear River

Paquete de Admisión 2021

Procedimiento de Quejas

Este procedimiento de quejas debe ser seguido por los consumidores del programa que no estén satisfechos con los servicios o se les nieguen los servicios bajo programas financiados por Community Service Block Grant (CSBG), Social Service Block Grant (SSBG) y cualquier otra subvención o programa supervisado por el Consejo de Servicios Humanos de Bear River. Se intentará resolver las quejas tan pronto como sea posible.

Informal: El consumidor informará del problema al proveedor del programa local. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, el consumidor tiene la opción de continuar con la queja mediante la emisión de una queja formal.

Quejas Formales:

- a. El consumidor presentará una queja por escrito al proveedor del programa local dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al incidente o del conocimiento del incidente. El Proveedor del Programa local responderá por escrito dentro de los diez (10) días hábiles. Si la queja no se resuelve a satisfacción del consumidor, tiene la opción de continuar.
- b. Si el problema aún no se resuelve a satisfacción del consumidor, el consumidor puede presentar una queja por escrito dentro de los diez (10) días hábiles al Director de Acción Comunitaria, en las oficinas de la Asociación de Gobiernos de Bear River ubicadas en 170 North Main Street, Logan, Utah 84321. El Director de Comunidad Action responderá por escrito dentro de los diez (10) días hábiles. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, tiene la opción de continuar.
- c. Si el problema aún no se resuelve a satisfacción del consumidor, el consumidor puede presentar una queja por escrito dentro de los diez (10) días hábiles al Director Ejecutivo de la Asociación de Gobiernos de Bear River, 170 North Main Street, Logan, Utah 84321. El Director Ejecutivo utilizará el apoyo el personal o el apoyo del Consejo de Servicios Humanos según se considere necesario para investigar la información y tomar una decisión con respecto a la queja. El Director Ejecutivo responderá por escrito dentro de los diez (10) días hábiles. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, tiene la opción de continuar.
- d. Si el problema aún no se resuelve a satisfacción del consumidor, se le proporcionará al consumidor la dirección y el (los) número (s) de teléfono del presidente del Consejo de Servicios Humanos de Bear River y del Comité Directivo de la Asociación de Gobiernos de Bear River. Una audiencia ante el Consejo de Servicios Humanos ofrecerá el siguiente nivel de queja y ayudará a remediar las acciones apropiadas con respecto a la queja. La naturaleza de la denuncia y la investigación deberán estar debidamente documentadas. La respuesta al consumidor abordará la queja recibida y la acción pertinente tomada. Si algún miembro del Consejo de Servicios Humanos está involucrado en la queja, esos miembros se excluirán del procedimiento de queja.
- e. Si la decisión no es satisfactoria para el consumidor, se remitirá al consumidor al procedimiento de quejas de la agencia estatal correspondiente. En la mayoría de los casos, será el Departamento de Servicios Laborales de Utah o el Departamento de Servicios Humanos de Utah.

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

Firma del solicitante

fecha

Firma del administrador de casos.

fecha