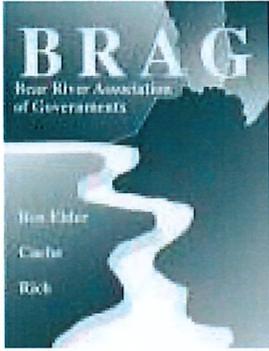


Asociación de Gobiernos de Bear River - Paquete de Admisión



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

Household/ Family Size	50%	75%	100%	125%	133%	135%	138%	150%	175%	180%	185%	200%
1	\$566	\$849	\$1,133	\$1,416	\$1,506	\$1,529	\$1,563	\$1,699	\$1,982	\$2,039	\$2,095	\$2,265
2	\$763	\$1,144	\$1,526	\$1,907	\$2,029	\$2,060	\$2,106	\$2,289	\$2,670	\$2,747	\$2,823	\$3,052
3	\$960	\$1,439	\$1,919	\$2,399	\$2,552	\$2,591	\$2,648	\$2,879	\$3,359	\$3,455	\$3,550	\$3,838
4	\$1,156	\$1,734	\$2,313	\$2,891	\$3,076	\$3,122	\$3,191	\$3,469	\$4,047	\$4,163	\$4,278	\$4,625
5	\$1,353	\$2,029	\$2,706	\$3,382	\$3,599	\$3,653	\$3,734	\$4,059	\$4,735	\$4,871	\$5,006	\$5,412
6	\$1,550	\$2,324	\$3,099	\$3,874	\$4,122	\$4,184	\$4,277	\$4,649	\$5,424	\$5,579	\$5,733	\$6,198
7	\$1,746	\$2,619	\$3,493	\$4,366	\$4,645	\$4,715	\$4,820	\$5,239	\$6,112	\$6,287	\$6,461	\$6,985
8	\$1,943	\$2,914	\$3,886	\$4,857	\$5,168	\$5,246	\$5,362	\$5,829	\$6,800	\$6,995	\$7,189	\$7,772

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: *(por favor marque los iniciales para TODOS los miembros 18 años y mas)*

Literalmente sin Hogar:

- Lugar no destinado a habitación (afuera, vehículo)
- Refugio de emergencia, refugio seguro

Institucional:

- Orfanato o Hogar de acogida
- Hospital (medico residencial)
- Carcel, prision, centro de detencion juvenil
- Centro de cuidados a largo plazo
- Hospital psiquiatrico
- Centro de tratamiento de abuso de sustancias (desintoxicacion)

Temporary and Permanent Housing:

- Alquiler
- Viviendo con familia (o quedarse con familia temporalmente)
- Hotel (pagado sin bono de refugio de emergencia)
- Vivienda para veteranos: __ GPD __ TIP __ VASH
- Vivienda permanente para personas previamente sin hogar (aparte de realojamiento rapido)
- Casa residencial o de medio camino (no para personas sin hogar)
- Vivienda transicion para personas sin hogar
- Viviendo propia (con o sin ayuda subsidio)

Duracion de situacion de vivienda: 1 dia o menos 2 dias - 1 semana mas de 1 semana pero menos de un mes 1 - 3 meses
 mas de 3 meses, pero menos que 1 ano 1 ano o mas

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? _____

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

¿Ha Sido desalojado en los ultimos 12 meses? No Si

¿Está usted sin hogar hoy debido a un desalojo? No Si

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

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

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 _____

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

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

Al firmar, 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 de Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del administrador de casos: _____ Fecha: _____

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: *Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar..*

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del administrador de casos: _____ Fecha: _____

Asociación de Gobiernos de Bear River - Paquete de Admisión

INFORMACION DEL HOGAR (CONTINUA EN LA PAGINA 7)

(1) **Individuos relacionados:** dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio y/ o adopción que residen juntas,

(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 est 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:
Relación con el jefe de hogar	YO:	Relacion:	Relacion:
Fecha de Nacimiento			
Seguridad Social			
Género	hombre mujer Otro género	hombre mujer Otro género	hombre mujer Otro género
Número de teléfono Si es diferente			
Correo electrónico Si es diferente			
Educación (un círculo)	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 Graduado HS 9-12/no graduados GED 12 + alguna Educación superior Diploma de graduación 2-4 años de universidad	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 Graduado HS 9-12/no graduados GED 12 + alguna Educación superior Diploma de graduación 2-4 años de universidad	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 Graduado HS 9-12/no graduados GED 12 + alguna Educación superior Diploma de graduación 2-4 años de universidad
Discapacidad	Si No Desconocido	Si No Desconocido	Si No Desconocido
Raza/Etnicidad:	Nativo Americano // Blanco Isleno del Pacifico // Multiracial (2 o mas) Negro o Africano Americano // Asiatico	Nativo Americano // Blanco Isleno del Pacifico // Multiracial (2 o mas) Negro o Africano Americano // Asiatico	Nativo Americano // Blanco Isleno del Pacifico // Multiracial (2 o ma Negro o Africano Americano // Asiaticc
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 4 a 24 años que no trabajan ni estudian	Si No	Si No	Si No
Seguro de Salud	Ninguna Medicaid PCN CHIP Compra Directa Medicare Cuidado Militar Basado en empleo	Ninguna Medicaid PCN CHIP Compra Directa Medicare Cuidado Militar Basado en empleo	Ninguna Medicaid PCN CHIP Compra Directa Medicare Cuidado Militar Basado en empleo
Servicio Militar	Activo Veterano No	Activo Veterano No	Activo Veterano No
El embarazo	Si, fecha de vencimiento ____ No	Si, fecha de vencimiento ____ No	Si, fecha de vencimiento ____ No
Barreras actualmente presente * Por favor marque si el problema es Indefinido *	Abuso de alcohol Si/No Condición de salud crónica Si/No Substance Abuse(past/current) Si/No Salud mental Si/No Discapacidad física Si/No Infinita?	Abuso de alcohol Si/No Condición de salud crónica Si/No Substance Abuse(past/current) Si/No Salud mental Si/No Discapacidad física Si/No Infinita?	Abuso de alcohol Si/No Condición de salud crónica Si/No Substance Abuse(past/current) Si/No Salud mental Si/No Discapacidad física Si/No Infinita?
Recibe atencion por barreras?	Si No	Si No	Si No
Alguna vez ha experimentado violencia domestica?	Si No Estas huyendo actualmente? Si / No Hace cuanto tiempo paso? _____	Si No Estas huyendo actualmente? Si / No Hace cuanto tiempo paso? _____	Si No Estas huyendo actualmente? Si / No Hace cuanto tiempo paso? _____

Información del hogar Continuación:

Información Demográfica	Miembro del hogar #4:	Miembro del hogar #5	Miembro del hogar #6:
Relación con el jefe de hogar	YO:	Relacion:	Relacion:
Fecha de Nacimiento			
Seguridad Social			
Género	hombre mujer Otro género	hombre mujer Otro género	hombre mujer Otro género
Número de teléfono Si es diferente			
Correo electrónico Si es diferente			
Educación (un círculo)	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 Graduado HS 9-12/no graduados GED 12 + alguna Educación superior Diploma de graduación 2-4 años de universidad	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 Graduado HS 9-12/no graduados GED 12 + alguna Educación superior Diploma de graduación 2-4 años de universidad	0 -Octavo grado Grados 9 – 12 Graduado HS 9-12/no graduados GED 12 + alguna Educación superior Diploma de graduación 2-4 años de universidad
Discapacidad	Si No Desconocido	Si No Desconocido	Si No Desconocido
Raza/Etnicidad:	Nativo Americano // Blanco Isleno del Pacifico // Multiracial (2 +) Negro o Africano Americano // Asiatico	Nativo Americano // Blanco Isleno del Pacifico // Multiracial (2+) Negro o Africano Americano // Asiatico	Nativo Americano // Blanco Isleno del Pacifico // Multiracial (2 +) Negro o 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 Retirado Granja Estacional Migrante	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo // Medio Retirado Granja Estacional Migrante	Desempleados (0-6 meses) Desempleados (6 meses +) Tiempo Completo // Medio Retirado Granja Estacional Migrante
Juventud Desconectada 14 a 24 años que no trabajan ni estudian	Si No	Si No	Si No
Seguro de Salud	Ninguna Medicaid PCN CHIP Compra Directa Medicare Cuidado Militar Basado en empleo	Ninguna Medicaid PCN CHIP Compra Directa Medicare Cuidado Militar Basado en empleo	Ninguna Medicaid PCN CHIP Compra Directa Medicare Cuidado Militar Basado en empleo
Servicio Militar	Activo Veterano No	Activo Veterano No	Activo Veterano No
El embarazo	Si, fecha de vencimiento ____ No	Si, fecha de vencimiento ____ No	Si, fecha de vencimiento ____ No
Barreras actualmente presente * Por favor marque si el problema es Indefinido *	Abuso de alcohol Si/No Condición de salud crónica Si/No Substance Abuse (past/current) Si/No Salud mental Si/No Discapacidad física Si/No Infinita?	Abuso de alcohol Si/No Condición de salud crónica Si/No Substance Abuse (past/current) Si/No Salud mental Si/No Discapacidad física Si/No Infinita?	Abuso de alcohol Si/No Condición de salud crónica Si/No Substance Abuse (past/current) Si/No Salud mental Si/No Discapacidad física Si/No Infinita?
Recibe atención por barreras?	Si No	Si No	Si No
Alguna vez ha experimentado violencia domestica?	Si No Estas huyendo actualmente? Si / No Hace cuanto tiempo paso? _____	Si No Estas huyendo actualmente? Si / No Hace cuanto tiempo paso? _____	Si No Estas huyendo actualmente? Si / No Hace cuanto tiempo paso? _____

Asociación de Gobiernos de Bear River - Paquete de Admisión

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: _____

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 de Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de 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.

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 de Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma de Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del administrador de casos: _____ **Fecha:** _____

Asociación de Gobiernos de Bear River - Paquete de Admisión

Sistema de información de administración de personas sin hogar en Utah - Autorización de consentimiento informado ¿Qué es UHMIS?

BRAG es parte del Sistema de Información, que es una base de datos en línea que colecta información sobre las personas en el estado de Utah que se encuentran sin hogar, al riesgo de quedarse sin hogar, o anteriormente no tenían hogar.

¿Qué tipo de información se me pide?

UHMIS solicita información de identificación que incluye, pero no está limitado a datos demográficos básicos (nombre, fecha de nacimiento, etc.), datos de salud limitados (condición de discapacidad), e información financiera. Cada pregunta ha sido revisada para garantizar que solo la información requerida es obtenida.

¿Con quién se comparte la información?

BRAG debe obtener información del cliente en el programa UHMIS para la participación en el programa, incluso si el cliente no firma este formulario. Sin embargo, la información se comparte con otros proveedores solo después de que el cliente firme este formulario de consentimiento para divulgar esa información (los proveedores se enumeran en UtahHMIS.org/Participating-Agencies). Para obtener más información sobre cómo se protege y comparte la información del cliente, consulte la Publicación de privacidad de UHMIS (que se encuentra en todos los puntos de recopilación de datos de HMIS) o la Política de privacidad de UHMIS; ambos están disponibles en UtahHMIS.org/Governance.

¿Qué sucede si el cliente se niega a firmar este formulario?

- Los clientes pueden negarse y no se les negarán los servicios al menos que un programa lo requiera que los servicios se compartan con el programa de UHMIS
- Los clientes pueden negarse a compartir su información con uno o todos los demás proveedores.
- Los clientes pueden escoger a no compartir ningún dato específico incluso después de firmar este formulario de consentimiento.
- Para que BRAG sirva a los clientes con este proyecto participante de UHMIS, la información del cliente aún se ingresará en UHMIS y será visible para los usuarios que trabajan para esta agencia. También será visible para personas que no están empleadas en esta agencia y que brindan seguridad, supervisión, análisis de datos e investigación para mejorar los servicios para las personas atendidas por UHMIS.

¿Cuándo finaliza el consentimiento del cliente?

El consentimiento del cliente terminará siete años después de la fecha de la firma por defecto; sin embargo, los clientes también pueden cambiar su consentimiento para compartir en cualquier momento. Debido a la naturaleza de UHMIS, cuando finaliza el consentimiento del cliente, esta agencia no compartirá información nueva, pero esta agencia no eliminará nada que ya se haya compartido dentro del sistema.

Sus Derechos

- Los clientes pueden solicitar este documento en un formato más adecuado a sus necesidades y comprensión.
- Los clientes pueden solicitar ver información para ellos y sus dependientes legales y cambiarla si es incorrecta.

Entiendo las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la inclusión de información de identificación personal en UHMIS sobre mí y los dependientes que se enumeran a continuación y autorizo que la información recopilada se comparta con otros proveedores. Entiendo que mi información de identificación personal no se hará pública y solo se utilizará con estricta confidencialidad. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento presentando un Formulario de revocación de consentimiento informado de UHMIS, que esta agencia me puede proporcionar. Entiendo que puedo obtener una copia de mi formulario de consentimiento firmado de esta Agencia.

Dependientes, hijo/a menor de 18 años (primer nombre y apellido)

Firma de cliente (padre/guardian)

Emprime nombre (emprime claramente)

Fecha

Firma del administrador de casos

Emprime nombre del administrador de casos

Fecha

Asociación de Gobiernos de Bear River - Paquete de Admisión

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.

Entiendo la Política de **procedimientos de quejas de BRAG** y si tengo una queja relacionada con la finalización de los servicios que he recibido de BRAG, tengo derecho a presentar una apelación. Esta apelación deberá hacerse dentro de los cinco (5) días siguientes al incidente o conocimiento del incidente. Haga una apelación a Lucas Martin, Director de Servicios Humanos, lucasm@brag.utah.gov

Firma de Solicitante : _____ Fecha: _____

Firma de Solicitante : _____ Fecha: _____

Firma de Solicitante : _____ Fecha: _____

Firma del administrador de casos: _____ Fecha: _____