



### FORMULARIO DE QUERRELLA

Número de Querella	Fecha de presentación
<b>Información del Querellante</b>	
<b>Nombre del Querellante:</b>	
<b>Dirección del Querellante:</b>	
<b>Teléfono del Querellante:</b>	<b>Correo electrónico del Querellante:</b>
<b>Nombre del Participante:</b>	
<b>Relación Querellante con Participante:</b>	
<b>Información del Querellado</b>	
<b>Nombre del Querellado:</b>	
<b>Nombre de la facilidad o Proveedor:</b>	
<b>Dirección de la facilidad o Proveedor:</b>	
<b>Relación del Querellado, Facilidad o Proveedor con el Participante:</b>	
<b>Teléfono de la Facilidad o Proveedor:</b>	<b>Correo electrónico de la Facilidad o Proveedor:</b>

<b>Información de la Querella</b>	
<b>Querella presentada:</b>	<b>Querella relacionada con:</b>
<input type="checkbox"/> Personalmente <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal o Correo certificado <input type="checkbox"/> Por Agencia de Gobierno <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maltrato Institucional <input type="checkbox"/> Negligencia Institucional <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Acceso a Servicios <input type="checkbox"/> Asuntos Administrativos <input type="checkbox"/> Eficiencia o Efectividad <input type="checkbox"/> Divulgación de Información <input type="checkbox"/> Derechos del Participante <input type="checkbox"/> Proveedores de Servicio <input type="checkbox"/> Planta y/o Seguridad <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Fecha, Hora y Lugar del Evento:</b>	
<b>Fecha del evento:</b>	
<b>Hora del evento:</b>	
<b>Lugar del evento:</b>	
<b>¿Ha presentado la Querella en otras Agencias o Lugares?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Mencione fecha, hora y lugar donde la presentó:</b>  	
<b>Remedio que solicita:</b>	



**Personas involucradas o testigos**

<b>Nombre y Apellidos</b>	<b>Puesto que ocupa y contacto</b>
1.	
2.	
3.	
4.	

**Breve Resumen del Evento:**  
*(puede añadir páginas de ser necesario)*

Continuación en otra página

\_\_\_\_\_  
**Firma del querellante**  
*(en caso de Referido no es requerido firma)*

**Una vez sea cumplimentado, envíe este formulario a:**  
[mmatos@assmca.pr.gov](mailto:mmatos@assmca.pr.gov) y [info.oor@assmca.pr.gov](mailto:info.oor@assmca.pr.gov)

**PARA USO OFICIAL DE LA ASSMCA:**

**Nombre quien recibe la querella:**

**Fecha recibo de Querella:**

Querella aduce hechos suficientes

Asignar a:

Querella no aduce hechos suficientes – archivar