



Departamento de Justicia de Oregon
División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen
Todas las víctimas, todos los delitos, todos los derechos, en todo momento.

Presentación de quejas acerca del Programa de Servicios para Víctimas de Oregon

La División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen (CVSSD) del Departamento de Justicia de Oregon financia muchos de los programas que apoyan y prestan servicios a las víctimas y a los sobrevivientes de crímenes en Oregon. La CVSSD y los programas de servicios para víctimas desean lo mejor para las víctimas y los sobrevivientes.

Si desea presentar una queja sobre un programa de servicios para víctimas, le recomendamos que, para comenzar, se comunique directamente con el programa y siga su proceso de quejas; sin embargo, no es obligatorio que colabore con el programa respecto del cual tenga una queja. Para encontrar la información de contacto de un programa y conocer su proceso de quejas, consulte el sitio web del programa o póngase en contacto con la CVSSD para obtener más información sobre dicho programa.

Si necesita apoyo, puede hablar con el coordinador de quejas de la CVSSD (al teléfono 503-378-5348). Podemos trabajar en colaboración para resolver los problemas, incluso si no presenta una queja formal.

La CVSSD únicamente puede hacer algo respecto de quejas relativas a incumplimientos del acuerdo de la subvención. Dichos incumplimientos pueden ser problemas tales como la discriminación o la falta de prestación de los servicios correspondientes por parte de un programa. No podemos abordar problemas relacionados con el lugar de trabajo, como quejas sobre horarios de trabajo, conflictos laborales ni salarios y beneficios.

Para presentar una queja formal

1. Complete este formulario de queja con tantos detalles como sea posible o desee. **Debe firmar el formulario. La CVSSD no puede hacer nada respecto de las quejas que no estén firmadas.**
2. **Complete y firme 2 formularios de permiso para la divulgación de información que se incluyen en este paquete.** Los formularios nos permiten **divulgar información** al programa de servicios para las víctimas y **recibir información** de estos. Ambos formularios de divulgación son necesarios. Algunos requisitos de confidencialidad de los programas no les permiten hablar con la CVSSD sin un permiso para divulgar información firmado.

Cuando recibimos una queja, la analizamos. Compartimos con el programa de servicios para víctimas la información que nos haya proporcionado. Le pedimos al programa que comparta con nosotros información importante que tengan sobre su queja. Si el programa recibe fondos de servicios para víctimas administrados por otra agencia, es posible que trabajemos con la agencia que aporte los fondos para investigar la queja.

Es posible que existan quejas sobre las que no podamos tomar ninguna medida. Incluso en ese caso, nos pondremos en contacto con usted para analizar sus inquietudes. En cuanto sea posible, la CVSSD le informará a usted y al programa de servicios para víctimas, por escrito, el resultado de su queja.

Contáctenos

Kim Kennedy, Complaint Coordinator
Crime Victim and Survivor Services Division
Oregon Department of Justice
1162 Court Street NE
Salem, OR 97301
Teléfono: 503-378-5348 o 1-800-503-7983
Fax: 503-378-5738
Correo electrónico: kim.kennedy@doj.oregon.gov

Updated 2022 - Spanish

2. Indique lo siguiente:

La(s) fecha(s) en que se presentó el problema:

Cómo le perjudicó el problema, tanto desde el punto de vista emocional como físico (si lo hizo):

3. Nombres e información de contacto de cualquier otra persona con la que usted desea que hablemos:

4. Lo que usted desea que hagamos respecto de este problema:

Firma

Firma del querellante:

Fecha:

La presente queja NO TIENE VALIDEZ si no está firmada.

Si la persona que completó este formulario no es la persona que presenta la queja, indique el nombre y la agencia de la persona que completó el formulario a continuación, así como la fecha en que se completó:

Nombre:

Agencia:

Fecha:

Presentación del formulario de queja

Envíe por correo postal a:

Crime Victim and Survivor Services Division
Oregon Department of Justice
Attn: Kim Kennedy, Complaint Coordinator
1162 Court St NE
Salem, OR 97301

Envíe por fax a: 503-378-5738

Envíe por correo electrónico a: kim.kennedy@doj.oregon.gov

Este formulario puede contener su información personal. Si usted envía este formulario por correo electrónico, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido. Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.

Llámenos

503-378-5348 o 1-800-503-7983

| Para uso exclusivo de la CVSSD/For CVSSD Use Only | |
|--|-------|
| Received by Complaint Coordinator (signature): | Date: |
| Date Complainant contacted: | |
| Date Complaint referred to Fund Coordinator: | |



Autorización para la divulgación de información

De la División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen Para un programa

Lea primero: Antes de decidir permitir que el Departamento de Justicia de Oregon y la División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen (CVSSD) compartan información confidencial con otro programa, debe analizarlo con la CVSSD. Podemos informarle las alternativas con las que cuenta, los posibles riesgos y los beneficios potenciales que podrían originarse al compartir su información confidencial. Si decide que desea que la CVSSD divulgue cierta información confidencial sobre usted, utilice este formulario para elegir cómo se compartirá la información, con quiénes y durante cuánto tiempo.

Entiendo que el Departamento de Justicia de Oregon y la División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen (CVSSD) tienen la obligación de mantener confidencial mi información personal, la información que me identifica y mis expedientes. También entiendo que puedo decidir permitir que la CVSSD divulgue parte de mi información personal a otro programa.

Yo, [Haga clic para escribir su nombre], autorizo a la CVSSD a compartir la siguiente información específica con:

| | |
|--|-----------------------------------|
| Quiénes deseo que reciban mi información: | Nombre: |
| | Oficina específica en la agencia: |
| | Número de teléfono: |

La información puede compartirse: en persona por teléfono por fax por correo postal por correo electrónico

Comprendo que el correo electrónico no es confidencial y puede resultar interceptado, así como es posible que lo lean otras personas.

| | |
|--|---|
| Qué información sobre mí se compartirá: | Indique la información con la mayor precisión posible; por ejemplo: nombre, fechas del servicio y nombres de documentos. |
| Por qué deseo que se comparta mi información (propósito): | Indique el propósito con la mayor precisión posible, como recibir beneficios o ayudar a la CVSSD a investigar una queja contra el programa. |

Importante: Existe el riesgo de que un permiso limitado para divulgar información potencialmente pueda permitir el acceso de otras personas a toda la información confidencial sobre usted que tenga el programa.

Entiendo que:

- No tengo la obligación de firmar un formulario de permiso para divulgar información. No tengo la obligación de permitir que la CVSSD comparta mi información. La firma de un formulario de permiso para divulgar información es completamente voluntaria. Dicho permiso para divulgar información se limita a la información importante para mi queja. Si deseo que la CVSSD divulgue información sobre mí en el futuro, tendré que firmar otro permiso para divulgar información por escrito de tiempo limitado.
- Si no firmo dicho permiso para divulgar información, es posible que la CVSSD no pueda investigar mi queja.

- La divulgación de información sobre mí le podría proporcionar a otra agencia o persona información sobre mi ubicación y confirmaría que he estado recibiendo servicios del programa.
- La CVSSD y yo quizá no podamos controlar lo que sucede con mi información una vez que se haya divulgado al programa indicado, y es posible que el programa indicado esté obligado por la ley o por la práctica a compartirla con terceros.

Vencimiento

| | | |
|--|--------|---------|
| Este permiso para divulgar información vence el: | Fecha: | Tiempo: |
| El vencimiento debe satisfacer las necesidades de la víctima, y generalmente no es superior a un período de 30 a 45 días, pero puede ser menor o mayor. | | |

Firma y testigo

Entiendo que este permiso para divulgar información será válido si lo firmo y que podré retirar mi consentimiento para dicho permiso en cualquier momento, verbalmente o por escrito.

| | | |
|----------|--------|---------|
| Firmado: | Fecha: | Tiempo: |
| Testigo: | | |

Reafirmación y extensión

Si se necesita más tiempo para cumplir con el propósito de este permiso para divulgar información, el permiso puede extenderse mediante el presente formulario.

Confirmando que este permiso para divulgar información sigue siendo válido y que deseo extenderlo hasta:

| | | |
|---------------------------|--------------|-------------|
| Nuevo vencimiento: | Nueva fecha: | Nueva hora: |
|---------------------------|--------------|-------------|

Firma de la extensión

| | | |
|----------|--------|---------|
| Firmado: | Fecha: | Tiempo: |
| Testigo: | | |



Autorización para la divulgación de información

De un programa Para la División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen

Lea primero: Antes de decidir permitir que un programa comparta su información confidencial con el Departamento de Justicia de Oregon y la División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen (CVSSD), debe analizarlo con la CVSSD. Podemos informarle las alternativas con las que cuenta, los posibles riesgos y los beneficios potenciales que podrían originarse al compartir su información confidencial. Si decide que desea que el programa divulgue cierta información confidencial sobre usted, utilice este formulario para elegir cómo se compartirá la información, con quiénes y durante cuánto tiempo.

Entiendo que [Haga clic para escribir el nombre del programa] tiene la obligación de mantener confidencial mi información personal, la información que me identifica y mis expedientes. También entiendo que puedo decidir permitir que este programa divulgue parte de mi información personal a la CVSSD.

Yo, [Haga clic para escribir su nombre], autorizo [Haga clic para escribir el nombre del programa] a compartir la siguiente información específica con:

| | |
|--|---|
| Quiénes deseo que reciban mi información: | Nombre: |
| | Oficina específica en la agencia: Departamento de Justicia de Oregon/División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen |
| | Número de teléfono: 503-378-5348 |

La información puede compartirse: en persona por teléfono por fax por correo postal por correo electrónico

Comprendo que el correo electrónico no es confidencial y puede resultar interceptado, así como es posible que lo lean otras personas.

| | |
|--|---|
| Qué información sobre mí se compartirá: | Indique la información con la mayor precisión posible; por ejemplo: nombre, fechas del servicio y nombres de documentos. |
| Por qué deseo que se comparta mi información (propósito): | Indique el propósito con la mayor precisión posible, como recibir beneficios o ayudar a la CVSSD a investigar una queja contra el programa. |

Importante: Existe el riesgo de que un permiso limitado para divulgar información potencialmente pueda permitir el acceso de otras personas a toda la información confidencial sobre usted que tenga el programa.

Entiendo que:

- No tengo la obligación de firmar un formulario de permiso para divulgar información. No tengo la obligación de permitir que el programa comparta mi información. La firma de un formulario de permiso para divulgar información es completamente voluntaria. Dicho permiso para divulgar información se limita a la información importante para mi queja. Si deseo que el programa divulgue información sobre mí en el futuro, tendré que firmar otro permiso para divulgar información por escrito de tiempo limitado.
- Si no firmo dicho permiso para divulgar información, es posible que la CVSSD no pueda investigar mi queja.

- La divulgación de información sobre mí le podría proporcionar a otra agencia o persona información sobre mi ubicación y confirmaría que he estado recibiendo servicios del programa.
- El programa y yo quizá no podamos controlar lo que sucede con mi información una vez que se haya divulgado a la CVSSD, y es posible que la CVSSD esté obligado por la ley o por la práctica a compartirla con terceros.

Vencimiento

| | | |
|--|--------|---------|
| Este permiso para divulgar información vence el: | Fecha: | Tiempo: |
| El vencimiento debe satisfacer las necesidades de la víctima, y generalmente no es superior a un período de 30 a 45 días, pero puede ser menor o mayor. | | |

Firma y testigo

Entiendo que este permiso para divulgar información será válido si lo firmo y que podré retirar mi consentimiento para dicho permiso en cualquier momento, verbalmente o por escrito.

| | | |
|----------|--------|---------|
| Firmado: | Fecha: | Tiempo: |
| Testigo: | | |

Reafirmación y extensión

Si se necesita más tiempo para cumplir con el propósito de este permiso para divulgar información, el permiso puede extenderse mediante el presente formulario.

Confirmando que este permiso para divulgar información sigue siendo válido y que deseo extenderlo hasta:

| | | |
|---------------------------|--------------|-------------|
| Nuevo vencimiento: | Nueva fecha: | Nueva hora: |
|---------------------------|--------------|-------------|

Firma de la extensión

| | | |
|----------|--------|---------|
| Firmado: | Fecha: | Tiempo: |
| Testigo: | | |