



PARA USO DEL PERSONAL	
Nombre Del Programa	
Fecha de Inscripción	

Forma De Inscripción Para Niños/Jóvenes

¡Bienvenidos a Latino Network! Por favor tome un momento para completar nuestra forma de inscripción. Su información es privada y confidencial. Sólo el personal de Latino Network tendrá acceso a esta información. ¡Gracias!

Apellido del Niño/a/Joven:		Primer Nombre:	
Segundo Nombre:		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	
Domicilio del Hogar:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Móvil:		Correo Electrónico:	
Nombre de la Escuela:		Número de Estudiante:	
Synergy # (Solo Estudiantes):		Grado:	
¿Cual es su lenguaje preferido? _____			
<i>Primer lenguaje hablado en casa:</i>			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Cantones <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro (por favor indique): _____			
¿Recibe almuerzo gratis o a precio reducido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica			
¿Participa en alguno de los siguientes programas? Por favor indique todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> ELL/ESL/ELD <input type="checkbox"/> Lenguaje-Dual Inmersión <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Talentos y Dotados <input type="checkbox"/> No Aplica			
¿Cuál es su genero? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino			
<input type="checkbox"/> Expresión No Binario De Género <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otro (por favor indique): _____			
¿Cuál es su raza o etnicidad? Por favor indique todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> <b>Hispano o Latino</b> <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> Sud Americano <input type="checkbox"/> Afro Latino/a <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Otro Hispano o Latino (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Karen <input type="checkbox"/> Zomi <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Asia del Sur <input type="checkbox"/> Asia de la India <input type="checkbox"/> Otro Asiático (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Negro/Africano Americano</b> <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Congolés <input type="checkbox"/> Eritrea <input type="checkbox"/> Otro Africano (por favor indique): _____ <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> África del Norte <input type="checkbox"/> Otro Negro (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Indígena</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit de Canadá, Metis, o Primera Nación			
<input type="checkbox"/> <b>Islas del Pacifico</b> <input type="checkbox"/> Tongan <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameña/o o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacifico (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> <b>Eslavo</b> <input type="checkbox"/> <b>Medio Oriente</b> <input type="checkbox"/> <b>Desconocido</b> <input type="checkbox"/> <b>Niego contestar</b>			
¿Tiene alguna condición/necesidad especial que requiera acomodaciones para su participación? Elija todas las opciones que apliquen:			
<input type="checkbox"/> Discapacidad física (e.g., ausencia de extremidades, parálisis parcial o total, epilepsia, distrofia muscular, etc) <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (e.g., Sordera total or parcial, etc) <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (e.g., ceguera total, baja visión, etc) <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (e.g., Trastornos de déficit de atención/hiperactividad, autismo, dislexia, etc) <input type="checkbox"/> Discapacidad psicosocial o mental (e.g., obsesivo-compulsivo, ansiedad severa, estrés postraumático, etc) <input type="checkbox"/> Discapacidad multiple (e.g., sordoceguera, etc) <input type="checkbox"/> Otra (por favor, especifica): _____			

<b>Padre o Guardián</b>		<input type="checkbox"/> Marque aquí si el padre/guardián también esta inscrito en un programa	
Apellido del padre o guardián:		Primer Nombre:	
Relación con el Participante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián		Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	
Domicilio:		<input type="checkbox"/> Marque aquí si es igual al del participante	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Móvil:	Por la tarde/Teléfono del Trabajo:		
Correo Electrónico:			
¿Cual es su lenguaje preferido?			
Por favor circule el numero que indiqué cuantos años de estudio completo:			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		Universidad 1 2 3 4 Otro (por favor indique):	
¿Cuál es su genero?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> Expresión No Binario De Género <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otro (por favor indique):			
¿Cuál es su raza o etnicidad? Por favor indique todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> <b>Hispano o Latino</b> <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> Suda Americano <input type="checkbox"/> Afro Latino/a <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Otro Hispano o Latino (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Karen <input type="checkbox"/> Zomi <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Asia del Sur <input type="checkbox"/> Asia de la India <input type="checkbox"/> Otro Asiático (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Negro/Africano Americano</b> <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Congolés <input type="checkbox"/> Eritrea <input type="checkbox"/> Otro Africano (por favor indique): _____ <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> África del Norte <input type="checkbox"/> Otro Negro (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Indígena</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit de Canadá, Metis, o Primera Nación			
<input type="checkbox"/> <b>Islas del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> Tongan <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameña/o o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> <b>Blanco</b>		<input type="checkbox"/> <b>Eslavo</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Medio Oriente</b>		<input type="checkbox"/> <b>Desconocido</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Me niego a contestar</b>			

**INGRESO DEL HOGAR**

A pesar de que la participación en nuestros programas no requiere que nuestros participantes cumplan criterio financiero, en ocasiones nuestros financiadores nos preguntan que reportemos datos de demografía de ingresos de nuestros participantes. Esa información también nos ayudara a identificar participantes que necesiten y califiquen para servicios adicionales que ofrecemos o que podamos referir a otros proveedores de servicios. Si se siente cómodo en revelar sus ingresos anuales, por favor **responda a la pregunta siguiente**.

¿Cuáles son los ingresos mensuales en total para la familia? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos individuos en total viven en su hogar? \_\_\_\_\_

Si usted **NO** quiere relevar sus ingresos mensuales, por favor marque esta caja:  **Prefiero no contestar**

**INFORMACION DE ALCANZE**

Latino Network provee una continuidad de servicios para todas las edades. Si usted quiere ser contactado para más información sobre otros servicios de programación para sus familiares, marque las edades de los familiares que viven en su casa:

- Mujeres embarazadas
- Estudiantes en primaria
- Estudiantes en grado 8
- Personas de tercera edad
- Niños/as de edades 0-5 años
- Estudiantes en secundaria
- Estudiantes en preparatoria

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## **IGUALDAD DIGITAL**

Puede conectarse seguramente al internet desde casa?  SI  NO

- Si marcó **SI**, con qué dispositivos electrónicos se conecta al internet desde su casa? *Marque todos que apliquen:*

Computadora/Laptop  Teléfono móvil  Tablet  Televisión Inteligente  Otro \_\_\_\_\_

Fue algún dispositivo proveído por la escuela de su hijo/a?  SI  NO

- Si marcó **SI**, cuáles fueron proveídos por la escuela? \_\_\_\_\_

## **AUTO-ASESORAMIENTO**

Por favor, tómese unos momentos para leer las siguientes afirmaciones y responde cuánto de acuerdo está usted con cada uno de ellas. Nuestra meta es entender cómo se ve usted ahora en relación con cada afirmación. Se le pedirá responder a estas mismas afirmaciones cuando termine sus servicios con Latino Network.

**Por favor seleccione su nivel de estar de acuerdo con las siguientes afirmaciones usando las opciones de respuestas que aparecen a la derecha.**

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral/ Indeciso	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Mi cultura es una fuente de fuerza para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo esperanza sobre mi future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo el poder/confianza de determinar mi futuro/el future de mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando veo una injusticia, sé dónde tengo que ir/qué hacer para hacer una diferencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION**

Entiendo que para proveer el mejor servicio a mi hijo/a, es necesario que Latino Network comparta y reciba información relevante acerca de las fortalezas y las necesidades de mi hijo/a. Le doy permiso a Latino Network para compartir información sobre mi hijo/a con el distrito escolar que asista, fundadores de programas, el programa SUN, los Condados de Multnomah, Washington y Clackamas, y/o la Ciudad de Portland. Esta información puede incluir, pero no se limita a las calificaciones, resultados de exámenes, información de asistencia y comportamiento, instrumentos y encuestas de evaluación, e información sobre las necesidades, fortalezas y participación de mi familia. Entiendo que la información sobre mi hijo/a no será compartida sin mi autorización, al menos que sea por la seguridad de mi hijo/a.

Si soy un(a) padre/madre que participe en un programa con mi hijo/a, entiendo que es necesario para Latino Network capture información de mi, como la información en esta forma y a través de instrumentos y encuestas de evaluación. Entiendo que información personal que se comparte de mi o mi familia no podrá ser compartida con nadie sin mi autorización por escrito, a no ser que sea para mi seguridad.

**Firma del Padre/ Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **ACUERDO DE PARTICIPACION**

Yo doy mi permiso para que mi hijo/a participe en los programas de Latino Network. Si soy un(a) padre/madre que participe en un programa con mi hijo/a, también estoy de acuerdo en participar en un programa de Latino Network. Entiendo que al participar en los programas de Latino Network exoneró de cualquier responsabilidad a Latino Network, sus empleados, contratistas y/o voluntarios en caso de cualquier lesión o daños incurridos durante o relacionados con la participación de mi hijo/a en el programa. También entiendo que los estudiantes tendrán que seguir las reglas de comportamiento y seguridad del distrito escolar, y que Latino Network tendrá el derecho de retirar o mandar a casa en caso de mal comportamiento. En caso de emergencia doy autorización a Latino Network para obtener el aseso medico necesario, y/o tratamiento médico apropiado para mí hijo/a. Finalmente, le doy mi autorización a Latino Network, sus empleados, contratistas y/o voluntarios para transportar a mi hijo/a y desde actividades relacionadas con el programa, tal como excursiones a pie, natación, parques públicos, instalaciones gubernamentales, instituciones académicas, y cualquier otra excursión, incluidas excursiones en otros estados.

También confirmo la autenticidad de la información que he dado en esta forma la cual a sido completada a mi mejor capacidad.

**Firma del Padre/ Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**TRANSPORTACIÓN**

Por favor indique abajo todas las personas autorizadas (incluyendo a padres y miembros de la familia) quien pueda recoger a su hijo de los programas de Latino Network. Por favor dese cuenta de que cualquier individuo que no este en la lista **NO PODRA** recoger a su hijo/a de nuestros programas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**COMUNICADO DE USO DE FOTOGRAFIA/ARTE E INTERNET**

Fotografías de nuestros participantes y/o arte creado durante sesiones pueden ser utilizados en exhibiciones escolares, de la comunidad, en folletos y materiales educativos, cual también se podrá imprimir, poner en el internet, o en video/cinta de audio.

Puede el programa tomar fotos de mi hijo/a/familia y usarlas para propósitos mencionados arriba.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Puede el programa usar el arte de mi hijo/a/familia para propósitos mencionados arriba.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Le doy permiso a mi hijo/a para que use el internet para proyectos.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**INFORMACION MEDICA DE NIÑOS/JOVENES**

¿El niño/a/joven tiene seguro medico?  Sí  No Si **Sí** tiene seguro, tiene OHP/seguro de Medicaid?  Sí  No

Si el niño/a/joven tiene OHP/seguro de Medicaid, por favor elija el seguro que tiene de la lista:

<input type="checkbox"/> PacificSource Community Solutions/Legacy Health	<input type="checkbox"/> CareOregon	<input type="checkbox"/> OHSU
<input type="checkbox"/> Providence	<input type="checkbox"/> Kaiser	<input type="checkbox"/> Trillium
<input type="checkbox"/> Open Card	<input type="checkbox"/> Citizen Waived Medical Benefits (CWB)	
<input type="checkbox"/> Otro OHP (por favor, escriba):		

Por favor indique cualquier condición que le gustaría que conociéramos y que pueda afectar la participación de su hijo/a en actividades, incluyendo **condiciones medicas y/o alergias** (ejemplo: asma, alergias a la medicina, alergias que requieran "Epi-pen," o botiquín para picaduras de insectos). Por favor también indique cualquier estado emocional, lo que le causa tensión, o algún cambios de vida que usted piense que debemos conocer.

*Nota:* Por favor llame a Latino Network al (503) 283-6881 para reportar cualquier cambio a la información reportada arriba. Es muy importante que esta información este actualizada en todo momento para mejor servirles en caso de emergencia.

¿Usted necesitará tomar algún medicamento durante su participación en programas de Latino Network?  Si  No

Si la respuesta es "Si," favor de indicar los medicamentos (recetados o sin receta medica)	Dosis y horario (ejemplo: para asma, inhalar 2 veces cada 6 hrs.)

*Nota:* Por favor asegúrese que todo medicamento este en recipientes con etiquetas que indiquen el contenido.

Yo le doy a Latino Network mi permiso para llamar al 911 y obtener tratamiento en caso de una emergencia medica.

---

**Firma: Padre/Guardián legal** **Nombre Impreso: Padre/Guardián Legal** **Fecha**



## Exención y Acuerdo para la Participación Presencial Apéndice a la Forma de Inscripción

En mi nombre y en el de mi hijo menor mencionado a continuación, reconozco y acepto que la participación en los programas y actividades de Latino Network (“Programas”) conlleva ciertos riesgos que incluyen, *entre otros*: (1) lesiones personales, (2) daños a la propiedad y (3) enfermedad o dolencia, incluso COVID-19. Yo voluntariamente, para mí y para mi hijo, acepto y asumo la responsabilidad total por estos riesgos, así como por cualquier otro riesgo asociado con la participación en los Programas.

Además, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Yo verifico que mi hijo no tiene ni muestra ningún síntoma de COVID-19, incluyendo tos, falta de aire o dificultad para respirar, o al menos dos de los siguientes: fiebre, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, nueva pérdida del gusto u olfato. Yo acepto, y estoy de acuerdo y reconozco que si mi hijo desarrolla estos u otros síntomas relacionados durante el programa, o si yo, mi hijo o cualquier persona en el hogar del niño damos positivo por COVID-19, mi hijo no podrá participar más y los Programas podrán ser cerrados en cualquier momento, sin previo aviso, en ese caso.
2. Yo estoy de acuerdo y acepto el riesgo de que el programa pueda cerrarse en cualquier momento debido a que una persona tenga síntomas de COVID-19, que incluyen tos, falta de aire o dificultad para respirar, o al menos dos de los siguientes: fiebre, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida del gusto u olfato, o cualquier resultado positivo de COVID-19.
3. Yo estoy de acuerdo en proporcionar o permitir que Latino Network le proporcione a mi hijo un cubre boca que se ajuste apropiadamente para usar según lo requieren las directrices de salud del estado y del condado, que usarán en todo momento requerido mientras participant en los programas, y entiendo y reconozco que mi hijo no se les permitirá hacerlo si no están usando un cubre boca como se requiere.
4. Yo acepto, reconozco y entiendo que Latino Network y su personal, lo mejor que puedan, requerirán y harán cumplir todos los requisitos aplicables que puedan ayudar a ofrecer protección contra el COVID-19, como se especifica en los protocolos de salud y seguridad de COVID-19, incluyendo pero no se limita al distanciamiento social, no compartir suministros y limpieza y lavado de manos, pero comprendo que la atmósfera de los Programas puede no permitir un cumplimiento perfecto.
5. **RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD / INDEMNIZACIÓN: Yo acepto y asumo la responsabilidad total por todas y cada una de las lesiones, daños (tanto económicos como no económicos) y pérdidas de cualquier tipo, que puedan ocurrirle a mi hijo, y por la presente libero y descargo y para siempre a Latino Network, sus empleados, funcionarios, directores, contratistas y agentes (“indemnizados de LN”), de todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños, derechos de acción o causas de acción, presentes o futuras, ya sean conocidas o desconocidas, anticipadas o no anticipadas, que resulten o surjan de la participación en los Programas. Acepto expresamente indemnizar y mantener indemne a los indemnizados de LN contra cualquier y todos los reclamos, demandas, daños, derechos de acción o causas de acción de cualquier persona o entidad, que puedan surgir de lesiones o daños sufridos por mi hijo.**
6. Yo acepto, reconozco y entiendo que al no adherirme y cumplir con las directrices de salud y seguridad de COVID-19 de Latino Network puede resultar en la exclusión de la participación en persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor Legal (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Hijo/Joven (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Multnomah County SUN Service System SUN Youth Advocacy

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

**Instrucciones:** Para validar el formulario, por favor, escriba con letra legible el nombre del estudiante y agregue su firma y fecha.

---

Apellido del estudiante

Nombre del estudiante

Soy el padre/madre/tutor legal del/de la estudiante mencionado/a anteriormente, quien está inscrito/a como "Participante" del Programa SUN de Defensoría de Jóvenes (SYAP, por sus siglas en inglés). Doy mi autorización a las agencias del Programa SUN de Defensoría de Jóvenes para que usen los expedientes escolares del participante para maximizar las oportunidades en el programa.

Autorizo la divulgación e intercambio de información entre las siguientes agencias del programa: **Portland Public Schools, Multnomah County SUN Service System staff, Latino Network**, y otros socios designados indicados a continuación.

- Nombre del estudiante y número de identificación del distrito del estudiante;
- Grado, calificaciones de los cursos y promedio de calificaciones, y puntaje de las pruebas de rendimiento;
- Datos e información de asistencia;
- Datos e información de comportamiento/disciplina; y
- Otra información relacionada con la educación y el desarrollo

Entiendo que parte de la información del Participante (primer nombre y apellido, fecha de nacimiento, identificación de ServicePoint, y género) es visible para los otros socios locales con el propósito de evitar la duplicación de participantes, identificar a estudiantes que se cambian de escuela o de distrito y mejorar la coordinación y calidad del servicio ofrecido.

Esta autorización es voluntaria. Los estudiantes pueden participar en el SYAP ya sea que sus padres autoricen o no la divulgación y el intercambio de información entre la escuela, otras agencias y los socios designados.

**Los socios designados para** (nombre de la agencia proveedora y de la agencia de subcontratación, si corresponde) **son:**

- 
- 

**Esta autorización está vigente desde el 1.º de julio de 2022 hasta el 30 de junio de 2023 a menos que se cancele por escrito. Mi firma indica que mi consentimiento ha sido otorgado libremente.**

---

Fecha

---

Firma del padre/madre/tutor legal

**Quienes se incluyen en esta divulgación comprenden que esta información se encuentra protegida en virtud de la ley federal y estatal. No están autorizados a divulgarla a ninguna agencia o persona que no se encuentre en esta autorización de divulgación sin el consentimiento específico por escrito del padre/de la madre/del tutor legal.**









**POLÍTICA DE QUEJAS DEL CLIENTE  
PROGRAMA DE ABOGACÍA PARA JÓVENES/ADULTOS DE SUN**

## **LatinoNetwork**

Latino Network respeta sus derechos de procesar ordenadamente cuando ocurra un problema, quejas, o desacuerdos con las acciones de la agencia. Decisiones se puedan considerar justas y rápidas si usted decide tomar acción. Si usted tiene una queja contra Latino Network, usted puede proceder siguiendo los siguientes pasos:

1. Hablar sobre la queja con la/el empleada/o de Latino Network con quien usted recibe servicios.
2. Si usted esta insatisfecho, pida hablar con el gerente de esa/e empleada/o. Si no se siente cómodo preguntar por el nombre del gerente del empleado, por favor comuníquese con nuestra oficina y la recepcionista lo/la asistirá (503.283.6881). El gerente tendrá que reunirse con usted entre (2) días de horario de trabajo después de procesar su queja.
3. Si el gerente y usted no llegan a un acuerdo, pida que se le de la Forma de Quejas del Cliente. Usted también puede pedir esa forma con la recepcionista de nuestra oficina que esta (410 NE 18th Ave., Portland, OR 97232). Si necesita asistencia en completar la forma, pídale a cualquier empleado que lo asista mientras usted se sienta cómodo. Al completar la Forma de Quejas del Cliente, entréguela directamente al Director de programas en el que participa entre (5) días de horario de trabajo después de tener la primera junta con el gerente sobre la queja.
4. El Director le responderá por escrito a su queja entre (5) días de horario de trabajo.
5. Si usted esta insatisfecho con la respuesta a su queja del Director, usted puede presentar una apelación por escrito u oral a la Directora Ejecutiva entre los siguientes (10) días de horario de trabajo.
6. La Directora Ejecutiva revisara su apelación entre los siguientes (10) días de horario de trabajo de la fecha que usted presento su preocupación con ella. La decisión de la Directora Ejecutiva es el paso final de Latino Network en procesar una queja. Si usted todavía esta insatisfecho/a, es su responsabilidad de conseguir consejo legal.

Si usted no lleva su preocupación al siguiente paso de procesar una queja en el tiempo designado, la agencia considerara la queja resuelta basado en la ultima contestación o acción. Si Latino Network falla en cumplir con el proceso de queja y establece tiempo limite, la queja del cliente automáticamente avanzará con la Directora Ejecutiva.

Usted es alentado a procesar una queja cuando este insatisfecho con cualquier aspecto de los servicios que ofrece Latino Network. Latino Network no detendrá servicios, o tomara cualquier recriminación asía usted basado a que usted esta procesando una queja.

---

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

---

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Fecha