



# CONSUMER CONCERN FORM



We understand that you have a concern or complaint about your services you receive(d). Please complete this form, print clearly, and return it to the receptionist or mail it to the following agency:

Benton County Health Services  
Attention: Health Systems Improvement Manager  
530 NW 27<sup>th</sup> Street  
P.O. Box 579  
Corvallis, OR 97339-0579

-----  
Today's Date: \_\_\_\_\_

Name of person(s) involved: \_\_\_\_\_

Program(s) involved: \_\_\_\_\_

Name of person with concern/complaint: \_\_\_\_\_

Telephone number where you can be reached: \_\_\_\_\_  
-----

Statement of concern / complaint: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Use additional paper if needed)

What do you want / expect to happen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Person completing the form/ contact number

If desired, within one business day of receipt, the Department will contact you to confirm your concern / complaint was received.

Address: \_\_\_\_\_

I do **not** wish to be contacted regarding this concern / complaint.

For those on the Oregon Health Plan, if you wish to file your complaint directly with the IHN-CCO complaint line or you are not satisfied with our response, you may call 541-768-4616.

Outcome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# FORMULARIO DE QUEJAS DEL CLIENTE



Entendemos que tiene una preocupación o queja de los servicios que Ud. recibió hoy. Por favor llene este formulario regréselo a la recepcionista o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Benton County Health Services  
Attention: Health Systems Improvement Manager  
530 NW 27th Street  
PO Box 579  
Corvallis, OR 97339-0579

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Persona(s) involucrada(s): \_\_\_\_\_

Programa(s) involucrado(s): \_\_\_\_\_

Nombre de la persona con la queja: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la persona con la queja: \_\_\_\_\_

Explicación de su queja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Use papel adicional si es necesario)

¿Qué quisiera que fuera el resultado de su queja? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Persona que completó el formulario

Si desea confirmar que su queja ha sido recibida, el departamento se comunicará con usted dentro de un día laboral después de haber recibido la queja.

Dirección: \_\_\_\_\_

**No** deseo que se comuniquen conmigo sobre la queja.

Para los que reciben El Plan de Seguro Médico de Oregón, pueden registrar su queja directamente con la línea de quejas (IHN-CCO) o si no está satisfecho con el resultado, puede llamar al 541-768-4616.

Resultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha