CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN

Instrucciones: Utilice este formulario para proporcionar sus comentarios sobre cualquier aspecto de los servicios prestados por Consumer Direct Care Network (CDCN) Virginia a través del programa de servicios dirigidos por el consumidor de Virginia. Envíe este formulario por correo, fax o como un archivo adjunto en un correo electrónico.

Nombre: _____ **Fecha:** _____
(Por favor escríbalo en letra de molde)

Usted es (marque la opción correspondiente): ☐ Consumidor ☐ Representante autorizado del consumidor ☐ Empleador de Registro ☐ Ayudante ☐ Representante de una agencia

Por favor marque todas las casillas que apliquen: ☐ Cumplido ☐ Sugerencia ☐ Queja

Por favor describa el cumplido, sugerencia o queja:

¿Desea que nos comuniquemos con usted? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, proporcione su información de contacto:

Por favor envíe el formulario completado a CDCN por alguna de estas vías:

Correo electrónico:
InfoCDVA@ConsumerDirectCare.com

Fax: 1-877-747-7764

Dirección postal:
Consumer Direct Care Network Virginia
Virginia Consumer-Directed Services Program
6802 Paragon Place, Suite 430
Richmond, VA 23230

Para uso de la oficina de CDCN:
Fecha en la que se recibió: ____/____/_____ Firma: _____
Medidas tomadas: ☐ Resuelto ☐ No resuelto ☐ Enviado al administrador del programa
Plan: (Por favor utilice el reverso del formulario)