



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Helping people. It's who we are and what we do.



Administrator

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE ASUNTO

Nombre:	
Número del caso o UPI	
Teléfono:	Fecha:
Correo electrónico:	
Dirección de correo:	

Por favor marque el programa de asistencia que corresponde a su queja/preocupación. Por favor marque todo lo aplicable:

☐ SNAP (Estampillas de Comida) ☐ TANF (Asistencia Monetaria) ☐ Medicaid (Asistencia Médica)
☐ Manutención de niños ☐ Programa de Asistencia para Servicios de Energía ☐ Otro: _____

Por favor describa la naturaleza de sus preocupaciones incluyendo información específica tal como la fecha, la hora y la oficina en donde ocurrió el incidente. Por favor incluya los nombres y/o el título de los empleados involucrados.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Por favor utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio y devuelva este formulario completo a cualquier oficina del distrito de Bienestar.

Puede ser contactado si se necesita información adicional.

For Internal Use:
Para uso interno:

Office	OTRS	Date
--------	------	------

[illegible]