



# AUTORIDAD JUVENIL DE OREGON

## FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS PARA JÓVENES

Nombre del centro de OYA, nombre del campamento de OYA o  
ubicación de la oficina local: \_\_\_\_\_

Estado de Oregon  
AUTORIDAD JUVENIL DE OREGON

N.º de seguimiento de  
queja \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

Use este formulario para solicitarle a la Autoridad Juvenil de Oregon (OYA) que revise una acción o decisión sobre usted que considere injusta o en contra de las políticas o reglas.

Complete la siguiente información. Si necesitas más espacio para describir lo que sucedió, puede incluir más hojas de papel. Enumere un problema por formulario de queja.

El personal debe permitirle presentar una queja. No pueden interferir con este proceso. Deben darle una copia.

#### PRESENTA LA QUEJA →

Envíe este formulario.

(Déjelo en un buzón de quejas o  
entréguelo al personal)

#### SEGUNDA REVISIÓN →

Si no está satisfecho con la respuesta, envíe  
para segunda revisión dentro de 10 días.

#### APELACIÓN

Si no está satisfecho con la segunda  
respuesta, envíe una apelación a la oficina  
del OYA director dentro de 10 días.

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ N.º de JJIS de la persona joven \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la persona joven

Unidad/Ubicación

¿Se trata de un problema urgente de seguridad o salud (queja de emergencia)?

Sí  No  No tengo certeza

¿Le preocupa su seguridad o le preocupa que puedan tomar represalias contra usted  
por completar este formulario?

Sí  No  No tengo certeza

Describa lo que pasó. Incluya la fecha y la hora, si lo sabe. Use un formulario separado para cada problema que tenga.  
Si tiene algún testigo, material o prueba, descríbalo aquí.

**¿Cómo ha intentado resolver este problema (por ejemplo, habló con el personal, envió un formulario de comunicación)?**

**¿Cuál cree que es una solución razonable?**

- Si se encuentra en un centro o campamento correccional para jóvenes, firme y coloque el formulario en un buzón cerrado; o puede entregárselo directamente al personal si se trata de un problema de salud, seguridad o protección. También puede pedirle al personal que copie este formulario antes de enviarlo.
- Si está en libertad condicional o probatoria, firme y envíe el formulario al supervisor de campo.

Firma de la persona joven \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Recibirá una respuesta dentro de los siete días hábiles posteriores a que el coordinador de quejas local reciba este formulario.*

**▼ SOLO PARA USO DE OYA ▼**

Firma del coordinador de quejas local	Fecha de recepción
Los problemas médicos / de salud en los centros deben asignarse inicialmente al personal de Servicios de Salud.	Fecha de entrega de respuesta a la persona joven _____
Nombre del personal asignado _____	(Siete días hábiles a partir de la fecha de recepción del coordinador de quejas)