



Formulario de quejas del participante del Programa WIC de MSDH



Este formulario se utiliza para que los participantes de WIC presenten quejas sobre proveedores autorizados de WIC. Envíe por correo electrónico el formulario a vmu@msdh.ms.gov.

Fecha de hoy: _____

Información del participante de WIC

Nombre: _____

Identificación del hogar: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información de la tienda

N.º de identificación de la tienda (si lo conoce): _____

Nombre de la tienda: _____

Dirección de la tienda: _____

Ciudad/estado: _____

Información del incidente

Fecha del incidente: _____

Hora del incidente: _____

Nombre del cajero o gerente: _____

Descripción del cajero o gerente: _____

Marque todas las opciones que correspondan:

El asociado de la tienda dice que no aceptan eWIC.

No pude comprar un producto aprobado de WIC.

De ser así, ¿se escaneó el producto?

Sí

No

El cajero no permitió el producto y sugirió que comprara una marca diferente o un producto más barato. De ser así, ¿el producto era leche, huevos o queso?

Sí

No

No pude comprar fórmula médica en una farmacia autorizada.

¿El cajero se negó a hacer el pedido?

Sí

No

El cajero o personal de la tienda fue irrespetuoso al procesar mi transacción.

El cajero o personal de la tienda fue irrespetuoso cuando solicité ayuda.

La tienda no usa etiquetas en góndolas para los alimentos aprobados de WIC.

Otro. Explicar: _____

Utilice el espacio a continuación para agregar información adicional que puede ser útil al procesar esta queja.

Si este formulario lo completa un participante de WIC o un representante, complete la información a continuación para hacer constar que la información es precisa. Si desea permanecer anónimo, deje esta sección en blanco.

Nombre _____

Relación con el participante de WIC _____

Si el personal de WIC completó este formulario, ingrese el nombre y sitio a continuación:

Nombre _____

Sitio de WIC _____

“Esta institución ofrece oportunidades equitativas”.

**Instrucciones del formulario del Departamento
de Salud del Estado de Mississippi
QUEJA DEL PARTICIPANTE DE WIC**

NÚMERO DE FORMULARIO F-1114
FECHA DE REVISIÓN 23/NOV/2021
**PERÍODO DE
CONSERVACIÓN** Tres (3) años

PROPÓSITO

El formulario de quejas del participante de WIC de MS se utiliza para que los participantes de WIC presenten quejas sobre proveedores autorizados de WIC.

INSTRUCCIONES

Este formulario debe ser completado y firmado por el participante o una persona autorizada por los participantes para documentar la queja y brindar la información necesaria.

Las quejas del participante se ingresan en una planilla de Excel y en SPIRIT. Las quejas que cumplan con ciertos criterios requieren una visita *in situ*, mientras que otras pueden dar lugar a un seguimiento con el proveedor o participante, según sea necesario.

MECÁNICA Y ARCHIVO DE LA OFICINA

El coordinador de relaciones de proveedores de Gestión de proveedores recibe esta información. Este será un formulario en PDF para rellenar y enviar por correo electrónico a vmu@msdh.ms.gov Este archivo se guardará por un período no inferior a 3 años.