

MODULO DI RECLAMO DEI BENEFICIARI (Italian)

I beneficiari hanno il diritto di presentare reclami senza temere ritorsioni o di subire privazioni.

Istruzioni: I beneficiari devono compilare la **Sezione I** e inviare il presente modulo, unitamente a tutta la documentazione di supporto, al direttore del programma/della struttura o al proprio case manager. Se l'oggetto del presente modulo riguarda tale direttore o responsabile del caso, i beneficiari sono pregati di inviare il modulo all'Dipartimento dei Servizi Sociali (Department of Social Services, DSS) Office of the Ombudsman, 109 East 16th Street, 8th Floor, New York, NY 10003.

Ogni direttore o membro del personale dell'Ufficio del Difensore civico che riceva un modulo compilato deve compilare la **Sezione II** e restituirlo al beneficiario entro sette (7) giorni lavorativi.

Sezione I (Da compilare a cura del beneficiario):

Nome: _____

Indirizzo/Struttura/Programma:

Numero di previdenza sociale/
numero del caso: Telefono:

Firma: _____ Data: _____

Descrivere il reclamo (allegare fogli aggiuntivi e documentazione di supporto, se necessario):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

(Continua sul retro)

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