

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SERVICIOS A LA FAMILIA DEL CONDADO DE TUSCARAWAS
SOLICITUD DE UNA REVISION ADMINISTRATIVA**

NOMBRE: _____

DIRRECCION: _____

TELEFONO: (_____) _____

NUMERO DE CASO (si es aplicable): _____

TRABAJADOR: _____

FIRMA DE TRABAJADOR: _____

FECHA DE REUNION CON
SUPERVISOR DE TRABAJADOR: _____

QUEJA: _____

ACCIÓN SOLICITADA:

RECIBIDO POR:

Representante de Agencia

Firma de Agraviado

Fecha

Distribución:

- Original al Asistente Administrativo
- Copia al Agraviado