

Gebruik dit formulier om uw klacht kenbaar te maken bij WWAP. Uw klacht wordt vertrouwelijk behandeld. Na ontvangst nemen wij binnen 5 werkdagen contact met u op.

1. Gegevens indiener

Naam

Telefoonnummer

E-mailadres

Adres

Relatie tot cliënt

- Cliënt Ouder / verzorger Wettelijk vertegenwoordiger Betrokken professional
 Anders: _____

2. Gegevens cliënt (indien van toepassing)

Naam cliënt

Geboortedatum cliënt

3. Gegevens klacht

Datum waarop de klacht is ontstaan

Op welke medewerker(s), locatie of situatie heeft de klacht betrekking?

Omschrijving van de klacht

4. Eerdere bespreking

Heeft u de klacht al besproken met een medewerker van WWAP?

Ja Nee

Zo ja – met wie?

Datum gesprek

Uitkomst / resultaat

5. Gewenste oplossing

Wat verwacht u van WWAP, of welke oplossing zou u graag willen?

6. Ondersteuning

Wilt u ondersteuning van de vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris?

Ja Nee

7. Ondertekening

Datum

Plaats



wonen en werken aan perspectief

KLACHTENFORMULIER

Vertrouwelijk document

Handtekening indiener

Stuur het ingevulde formulier per e-mail naar info@wwap.nl of lever het in op ons hoofdkantoor. U ontvangt een schriftelijke bevestiging van ontvangst.