



# INFORME DE INCIDENTES DEL PROGRAMA DE COMIDAS EN RESTAURANTES

Fecha y hora del incidente: \_\_\_\_\_

Nombre del restaurante: \_\_\_\_\_

Dirección del restaurante: \_\_\_\_\_

Descripción del incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acción tomada o respuesta al incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona(s) involucrada(s) en el incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguien resultó herido? Sí  No  Describir la lesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que prepara el informe: \_\_\_\_\_

Testigo Sí  No

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre impreso y firma de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario debe enviarse dentro de las 72 horas posteriores al momento del incidente a (CORREO ELECTRÓNICO PREFERIDO):

ILLINOIS DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
STATEWIDE PROGRAM INITIATIVES/EBT  
100 SOUTH GRAND AVE. EAST  
SPRINGFIELD, IL 62703

EMAIL: [DHS.LINK@ILLINOIS.GOV](mailto:DHS.LINK@ILLINOIS.GOV) SUBJECT LINE: INCIDENT REPORT