

Estado de Illinois  
Departamento de Servicios para Niños y Familias

**VISITAS DE ABUELOS A JÓVENES EN CUIDADO**

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_:

La Ley del Departamento de Servicios para Niños y Familias [20 ILCS 505/35] requiere al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que tome medidas y haga los ajustes necesarios para mantener los privilegios a abuelos/as o bisabuelos/as sin la custodia de un(a) menor que esté en cuidado y custodia del Departamento.

Se requiere al Departamento que facilite visitas solo en caso de que sea en el mejor interés para el/la menor. Los criterios o factores que se tienen en cuenta para conceder visitas son resumidos en el **Reglamento y Procedimiento 301.240 Visitas de abuelos y bisabuelos**. Las partes interesadas pueden revisar el **Reglamento y Procedimiento 301.240** en la web de DCFS.

**Respuesta del departamento a su solicitud**

El Departamento ha tomado la determinación que **no** es lo mejor para el menor que se le concedan a usted(es) privilegios de visita. Si tiene alguna pregunta en relación con esta decisión, contacte(n) al/la trabajador(a) social del menor.

**Motivo(s) por el/los que no se recomiendan las visitas:**

---

---

---

---

Si no está de acuerdo con la decisión del Departamento, usted(es) tiene(n) derecho a solicitar una revisión clínica de esta decisión. De ser solicitada, se programará una revisión clínica para gestionar las cuestiones del caso. Usted(es) puede(n) estar presente(s) en la revisión y tendrá(n) la oportunidad de rebatir la decisión del Departamento.

Usted(es) puede(n) solicitar una revisión clínica si llama(n) por teléfono a la División Clínica al 866-225-1431 y deja(n) sus datos de contacto para que le(s) llamemos de nuevo. También puede(n) enviar su solicitud de revisión por fax a la División Clínica al 800-733-3308 si completa(n) y firma(n) este formulario. En caso de tener problemas de audición o sordera, llame al servicio de retransmisión para hacer su solicitud.

**Nota:** Con el fin de establecer la revisión de manera oportuna, contáctese(n) con nosotros por teléfono o fax para gestionar su solicitud a la mayor brevedad posible.

\_\_\_\_\_  
(Firma del trabajador o de la trabajadora)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del supervisor o de la supervisora)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Solicito hablar con el personal clínico acerca de la decisión anteriormente indicada en relación con las visitas con:** \_\_\_\_\_

(Nombre del/de la menor)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

Copias para: Tutor(a) *ad litem*  
Padre, madre o tutor(a)