

**Decisión Final Clínica sobre Cambio de Colocación o Apartamiento
con Derechos a Apelación**

Fecha de notificación: ____ / ____ / ____

Nombre
Dirección:

Estimado _____ :

Se realizó una revisión sobre una colocación clínica el ____ / ____ / ____ con respecto a los
siguientes niños: (fecha)

Nombre del (los) niño(s): _____

La Decisión de la Revisión de Colocación Clínica **final** se realizó el ____ / ____ / ____

Se determinó que lo mejor para los intereses del (los) niño(s) es:

Si no está de acuerdo con la Decisión de la Revisión de Colocación Clínica final, usted puede apelar la decisión solicitando una Audiencia Justa dentro de **10 días desde** la fecha de la decisión. Esta solicitud debe ser hecha **por escrito** y debe incluir una **copia del Resumen de Revisión de Colocación CFS 151-C**, como verificación de que el proceso de Revisión Clínica ha sido finalizado.

Favor de enviar su solicitud de audiencia a:

**Unidad de Audiencias Administrativas del DCFS
Departamento de Servicios para Niños y
406 East Monroe, Station # 15
Springfield, Illinois 62701**

Durante el proceso de apelación el (los) niño(s) deberán ser puestos bajo colocación según lo determinado en la decisión de la Revisión de Colocación Clínica.