

NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN

Fecha de la Resolución: _____

<p>Nombre y Dirección del Cliente</p>
--

Estimado _____:

Por medio del presente le notificamos que la(s) siguiente decisión(es) ha(n) sido tomada(s) con respecto a sus asuntos con el Departamento de Servicios para Niños y Familias:

(Adjunte paginas adicionales, si lo es necesario)

Esta(s) decisión(es) entrará(n) en vigor el _____

Esta decisión se ha tomado por la(s) siguiente(s) razón(es): _____

(Adjunte paginas adicionales, si lo es necesario)

Las normas del Departamento que respaldan esta decisión se encuentran en: _____
(Citación de Normas/ Procedimientos)

Usted tiene el derecho de apelar esta(s) decisión(es). El proceso de apelación consiste en 1) una mediación opcional donde usted y el personal de Departamento discuten sus diferencias en presencia de una tercera persona neutral y 2) una audiencia imparcial. Si usted opta por no mediar, o si usted selecciona la mediación y la misma no tiene éxito, usted puede solicitar que se le conceda una audiencia imparcial.

Si Ud. decidiera apelar, su solicitud deberá ser hecha por escrito y deberá ser enviada por correo dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que Ud. Reciba este aviso, a:

Administrative Hearings Unit,
Department of Children and Family Services
406 E. Monroe Street
Springfield, IL 62701

Si usted desea, puede someter un breve resumen por escrito indicando su posición. Para que sean consideradas, este resumen puede incluir información adicional explicando las razones por las que el Departamento o su agencia proveedora de servicios debería cambiar su decisión.

Si esta(s) decisión(es) afecta(n) los servicios que usted recibe actualmente y usted apela dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber recibido este aviso, el Departamento no tomará ninguna acción mientras su apelación esté pendiente, a menos que el Departamento determine que su hijo o niño de crianza temporal se encuentra bajo un riesgo de peligro muy serio si los servicios permanecen inalterados.*

Usted tiene el derecho de traer un abogado u otro representante, pagado por Ud., y a solicitar que testigos u otros individuos que conozcan los asuntos en disputa estén presentes para testificar.

Si usted no entiende este aviso, hable con su trabajador de DCFS yo de la agencia privada.

El número de teléfono de su trabajador es _____.

Si usted tiene algún impedimento auditivo y usa un aparato de telecomunicación para personas sordas (TDD) llame al _____. Si usted necesitara ayuda para someter su apelación por escrito, el Departamento le asistirá. Llame a su trabajador al número regular o al número de TDD mencionado arriba.

*Usted puede solicitar una revisión de emergencia dentro de los diez días de la fecha de su apelación si el Departamento o agencia proveedora ha realizado alguna gestión sin que mediara una notificación puntual porque se determinó que un niño estaba en serio riesgo de sufrir perjuicio. Una revisión de emergencia puede asimismo solicitarse si, al permitir que las visitas o la ubicación permanezcan sin cambio durante el proceso de apelación, pudieran las mismas resultar perjudiciales para el niño. Las solicitudes para una revisión de emergencia deben dirigirse por escrito a la misma oficina y dirección a la cual usted envió su solicitud de apelación.

Firma del Trabajador