



Illinois Department of Children & Family Services

Fecha: _____

Niño: _____

Nº de ID del niño: _____

Por este medio le informamos que su solicitud de revisión de cambios en las necesidades o circunstancias de su niño ha tenido lugar. Se ha tomado la siguiente decisión respecto a su caso de subsidio de adopción/tutela legal subvencionada:

No recomendamos ningún cambio en su Acuerdo de subsidio por los siguientes motivos:

Recomendamos la búsqueda de los siguientes servicios en su comunidad:

Recomendamos una modificación de su Acuerdo de subsidio a fin de incluir los servicios que se mencionan a continuación:

_____ Fecha de entrada en vigencia: ____ / ____ / ____

_____ Fecha de entrada en vigencia: ____ / ____ / ____

_____ Fecha de entrada en vigencia: ____ / ____ / ____

Se garantiza un cambio en su pago mensual permanente. Se ha determinado que el monto que recibirá será de \$ _____ a partir del ____ / ____ / ____.



Si se ha indicado anteriormente un cambio en su subvención, le enviarán una modificación para que la firme. Los cambios en la subvención no pueden tener lugar hasta que la modificación se firme y sea enviada de regreso.

Si no está de acuerdo con la decisión del Comité de Revisión de Servicios Post Adopción/Tutela legal, tiene derecho a apelarla. En caso de que opte por apelar, su solicitud debe hacerse por escrito y deberá ser enviada por correo dentro de los 45 días posteriores a la fecha de esta notificación a:

Unidad de audiencias administrativas (Administrative Hearings Unit)
Department of Children and Family Services
406 E. Monroe, Station 15
Springfield, IL 62701.

Podrá notificar su decisión de apelar esta decisión a la Unidad de audiencias administrativas firmando una copia de esta notificación en el espacio que se proporciona para ello y enviándola a la dirección mencionada anteriormente.

Tiene derecho a traer, por su propia cuenta, un abogado u otro representante, y a solicitar que testigos u otros individuos que tengan conocimiento de los asuntos en disputa estén presentes para testificar.

Si no comprende esta notificación, hable con su trabajador social de subvenciones.

El número telefónico de su trabajador social de subvenciones es: (____) _____ - _____.

Si tiene problemas de audición y tiene un TDD, llame al (____) _____ - _____.

Deseo apelar la decisión de suspender el subsidio de adopción/tutela legal.

(Firma del padre/madre adoptivo(a)/tutor legal)

(Fecha)

Atentamente,

cc: trabajador social de subvenciones

Región:

Dirección: