

# PETICION DE OFICIAL DE AUDIENCIA DE DEBIDO PROCESO

**Envíe una copia de la forma cumplimentada a cada una de las tres direcciones que se muestran abajo:**

1) Chief IL Dept. of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington Street, 4th Floor Chicago, IL 60602	2) Chief IL Dept. of Human Services Early Intervention Program 823 East Monroe Springfield, IL 62701	3) Ingrese la información de Child & Family Connections (CFC) del niño abajo mencionado: CFC #: _____ CFC Nombre: _____ CFC Dirección: _____ CFC Ciudad, Estado, Código Postal: _____
---	--	---

Por la presente solicito que se nombre un oficial de audiencia de debido proceso para resolver la disputa que abajo se describe acerca de la evaluación, identificación, disposición, prestación de servicios o provisión de servicios adecuados para el niño que se menciona abajo.

## **Sección 1: Información del Niño (a) y Familia**

Apellido del Niño, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre (s) del Padre/Guardián/Tutor \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Idioma Primordial \_\_\_\_\_

## **Sección 2: Información de la Persona que presenta una Denuncia ante el Estado**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

## **Sección 3: Agencia(s) Prestadora de Servicios y/o Proveedor(es) involucrados en la Disputa (Adjunte páginas adicionales a en caso de ser necesario.)**

Nombre 1 \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre 2 \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

## **Sección 4: Naturaleza del problema acerca de servicios de intervención temprana para el niño, incluyendo hechos relacionados con el problema (Sección 4 – continua en la siguiente página):**

**Sección 4: CONTINÚA - Naturaleza del problema acerca de servicios de intervención temprana para el niño, incluyendo hechos relacionados con el problema (Adjunte páginas adicionales a la Sección 4 en caso de ser necesario):**

**Sección 5: Solución deseada o resolución propuesta (Adjunte páginas adicionales en caso de ser necesario):**

**Adjunte material que respalde la solicitud y la solución propuesta.**

Entiendo que solicitando una audiencia de debido proceso, estoy autorizado la divulgación de registros de servicios de intervención temprana del niño antes mencionado al Departamento de Servicios Humanos de Illinois, al oficial de audiencia y cualquier parte de la disputa, para el propósito de una resolución a la disputa. Asimismo entiendo que un abogado será nombrado oficial de audiencia de debido proceso para la disputa antes mencionada, quien establecerá las fechas de pre audiencia y audiencia y tomará una decisión acerca de la disputa después de escuchar los asuntos, testimonio y evidencia.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en Letra Sencilla \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Bajo las provisiones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996, la información recogida por la presente no puede compartirse nuevamente a menos que la persona que dio la presente autorización dé su consentimiento específico para tal acción o la misma sea permitida por la ley.