

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.