

ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE NO SON ELEGIBLES PARA UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA:

PARA LA RESOLUCIÓN DE UN ASUNTO QUE NO ESTÁ SUJETO A REVISIÓN A TRAVÉS DE UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA, USTED PUEDE COMUNICARSE CON LA OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO (OMBUDSMAN) AL 1-800-372-2973. SI NO DESEA HABLAR CON LA OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO, USTED PUEDE ENVIAR SU QUEJA POR ESCRITO A UN ADMINISTRADOR DE REGIÓN DE SERVICIOS O PERSONA DESIGNADA A MÁS TARDAR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA ACCIÓN DEL GABINETE A LA CUAL USTED SE OPONE.

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA PARA LA APELACIÓN DE UN HALLAZGO DEL GABINETE SOBRE ABUSO O NEGLIGENCIA A UN MENOR, FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO Y ENVIAR A:

Quality Assurance Section
275 East Main Street, 1E-B
Frankfort KY 40621

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, FAVOR DE COMUNICARSE CON LA OFICINA LOCAL AL:

LA SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA TIENE QUE SER ENVIADA POR CORREO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA CARTA DE NOTIFICACIÓN DE INVESTIGACIÓN SUSTANCIADA.

DE SER POSIBLE, POR FAVOR ENVÍE UNA COPIA DE LA CARTA DE NOTIFICACIÓN DE INVESTIGACIÓN SUSTANCIADA CON ESTE FORMULARIO.

Solicitud de Apelación de Hallazgo Investigativo de Abuso o Negligencia a un Menor

De acuerdo con
45 CFR 205.10,
42 USC 5106a,
y 922 KAR 1:480

GABINETE PARA SERVICIOS DE SALUD Y DE LA FAMILIA

Departamento para Servicios Basados en la Comunidad
275 East Main Street
Frankfort KY 40621

PARA SERVICIOS V/TDD
Llame gratis a la oficina del CHFS, Defensor del Pueblo
(*Ombudsman*) 1-800-627-4702

SOLICITUD DE APELACIÓN DE HALLAZGO INVESTIGATIVO DE ABUSO O NEGLIGENCIA A UN MENOR

Nombre de la Persona que Según el Gabinete ha Abusado o Descuidado del Menor

(Favor de escribir claramente)

Fecha

Calle/Número de apartado postal (P.O. Box)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Condado de Residencia

POR FAVOR EXPONGA EN DETALLE LA NATURALEZA DEL HALLAZGO INVESTIGATIVO Y PROPORCIONE LA RAZÓN POR LA CUAL USTED DESEA DISPUTAR EL HALLAZGO DEL GABINETE DE ABUSO O NEGLIGENCIA A UN MENOR. (PUEDE USAR PAPEL ADICIONAL DE SER NECESARIO.)

POR FAVOR IDENTIFIQUE LA FECHA EN QUE FUE RECIBIDA LA CARTA DE NOTIFICACIÓN DE INVESTIGACIÓN SUSTANCIADA:

MES _____ DÍA _____ AÑO _____

POR FAVOR IDENTIFIQUE A CADA UNO DE LOS EMPLEADOS DEL GABINETE INVOLUCRADOS CON EL TEMA DE SU APELACIÓN. (PUEDE USAR PAPEL ADICIONAL DE SER NECESARIO.)

Nombre:	Título, si es conocido:
Dirección de Trabajo:	
Ciudad:	Condado:

Nombre:	Título, si es conocido:
Dirección de Trabajo:	
Ciudad:	Condado:

FIRMA DEL APELANTE

FECHA

FIRMA DEL ABOGADO DEL APELANTE, SI ES PERTINENTE

FECHA