

AVISO SOBRE TRASLADO ENTRE CENTROS ADMINISTRADOS POR EL ESTADO

Para:

Por este medio le avisamos que: _____ será trasladado de

(Individuo)

a _____

el _____

(Centro)

(Centro)

(Mes / día / año)

Las razones para este traslado son las siguientes:

Yo certifico que envié por correo entregué una copia de este aviso en Inglés Español

Otro: (especifique) _____ a la(s) persona(s) indicadas arriba el _____
(mes / día / año)

Firma: _____ Título: _____

Nombre en letra de molde: _____ Para el Director del Centro _____

POR FAVOR LEA CIUDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. DESCRIBE LOS DERECHOS DE AMBOS, USTED Y EL INDIVIDUO CON RESPECTO A ESTE TRASLADO.**QUIÉN TIENE DERECHO A OBJETAR**

acuerdo)

Centro de Salud Mental: **Adulto**-Un individuo puede objetar (no estar de acuerdo) su traslado o el abogado del individuo, tutor o pariente responsable puede objetar por el individuo.

Menor- El menor (si tiene 12 años de edad o más) puede objetar su traslado o el abogado del menor o la persona que ejecutó la solicitud de admisión puede objetar el traslado.

Centro de Discapacidades Del Desarrollo: **Adulto**-Un individuo puede objetar su traslado o el abogado del individuo o tutor o cualquier otra persona que el individuo designa para recibir el Aviso de Admisión puede objetar el traslado. Si el individuo no tiene la suficiente capacidad para entender y autorizar la designación de personas para recibir el aviso, el pariente adulto más cercano debe recibir el Aviso de Traslado y también puede objetarlo.

Menor- El menor (menos de 18 años de edad) puede objetar su traslado o el abogado del menor, padres, tutor, o persona en loco parentis puede objetar el traslado.

EXPLICACIÓN SOBRE CÓMO REHUSAR UN TRASLADO

Antes del traslado (o dentro de los 14 días después de un traslado de emergencia), envíe al director del centro la objeción por escrito y firmada. Al recibirla, el director del centro fijará una audiencia que se llevará a cabo en el centro dentro de los 7 días. El individuo se quedará en el centro hasta que se tome una decisión después de la audiencia.

La audiencia se hace ante un comité especial de profesionales. La audiencia es informal y usted puede traer personas para hacer declaraciones y presentar los hechos por usted.

El comité enviará sus recomendaciones al director del centro, quien dentro de los próximos 7 días le avisará su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión, usted puede solicitar una revisión por la Secretaria del Departamento de Servicios Humanos

AVISO SOBRE TRASLADO ENTRE CENTROS ADMINISTRADOS POR EL ESTADO

Una copia de este formulario debe ser puesto en el expediente del individuo.

ENVÍELO AL DIRECTOR DEL CENTRO

Yo tengo objeción al traslado de _____ de _____
(Nombre del Individuo) (Nombre del Centro que Envía)

para _____
(Nombre del Centro que Recibe)

y pido una audiencia ante el Comité de Revisión de Utilización.

(Fecha)

(Firma del Objeto)

(Parentesco con el Individuo)

La Comisión de Abogacía y Custodia es una agencia del estado que tiene tres divisiones: Servicios Legales de Abogacía, Autoridad de Derechos Humanos y la Oficina Estatal de Custodia. La Comisión se ubica en las oficinas siguientes:

East Central Regional Office

2125 S. First Street
Champaign, IL 61820
Phone: (217) 278-5577
Fax: (217) 278-5588

Peoria Regional Office

401 N. Main Street, Suite 620
Peoria, IL 61602
Phone: (309) 671-3030
Fax: (309) 671-3060

Rockford Regional Office

4302 N. Main Street, Suite 108
Rockford, IL 61103
Phone: (815) 987-7657
Fax: (815) 987-7227

Egyptian Regional Office

47 Cottage Drive
Anna, Illinois 62906-1669
Phone: (618) 833-4897
Fax: (618) 833-5219

West Suburban Regional Office

Madden Mental Health Center
1200 S. First Street, P.O. Box 7009
Hines, IL 60141
Phone: (708) 338-7500
Fax: (708) 338-7505

Metro East Regional Office

Holly Bldg., 4500 College
Suite 100
Alton, IL 62002
Phone: (618) 474-5503
Fax: (618) 474-5517

North Suburban Regional Office

9511 Harrison Avenue
Des Plaines, Illinois 60016
Phone: (847) 294-4264
Fax: (847) 294-4263

Chicago Regional Office

160 N. La Salle Street
Suite S500
Chicago, IL 60601
Phone: (312) 793-5900
Fax: (312) 793-4311

Springfield Regional Office

521 Stratton Building
401 S. Spring Street
Springfield, IL 62706
Phone: (217) 785-1540
Fax: (217) 524-0088

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente, sin fines de lucro que administra el sistema federal de protección y abogacía para personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality, Inc., provee asistencia de abogacía, servicios legales, educación, abogacía y reglamentación pública, e investigaciones de abuso. Las oficinas se ubican en :

Main/Chicago Office

20 N. Michigan, Ste 300
Chicago, Illinois 60602
(800) 537-2632 or
(312) 341-0022
TTY: (800) 610-2779
Fax: (312) 341-0295

Central Illinois

1 West Old Capitol Plaza, Suite 816
Springfield, IL 62701 O Box 276
(217) 544-0464
(800) 758-0464
TTY: (800) 610-2779
Fax: (217) 523-0720

Northwestern Illinois

1515 Fifth Avenue, Suite 420
Moline, IL 61265
(309) 786-6868
(800) 758-6869
TTY: (800) 610-2779
Fax: (309) 797-8710

Southern Illinois

300 E. Main Street, Suite 18
Carbondale, IL 62901
(618) 457-7930
(800) 758-0559
TTY: (800) 610-2779
Fax: (618) 457-7985

Website: www.equipforequality.org