Ref.:405 ILCS 5/3-503 y 3-504

SOLICITUD HECHA POR UN ADULTO PARA ADMISIÓN DE UN MENOR A UN CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Completa del Menor: _____

Nombre de Padres, Tutor o Persona en Loco Parentis: _____

Dirección Completa del Menor: _____

Teléfono: _____

Por este medio yo solicito que este centro admita y provea servicios como paciente interno a: _____
(Nombre del Menor en Letra de Molde)

Fecha: _____ Firma: _____ Parentesco con el menor: _____

Si el solicitante NO es el padre, tutor o persona en loco parentis del menor, tiene que certificar, firmando abajo, que cree que el menor está en una condición tal que es necesario inmediata hospitalización pero que se ha hecho esfuerzos diligentes para localizar a los padres del menor, o a la persona en loco parentis, o si los padres o tutor rehusaron firmar la solicitud.

Firma: _____

El menor fue:

☐ admitido; o

☐ negado la admisión

_____ , _____ a las _____M.
(fecha) (año) (hora)

Firma: _____ Tiítulo: _____

Director del Centro: _____

Yo he explicado los derechos contenidos en el reverso de este formulario a la persona que ejecuta esta solicitud y al menor (si tiene 12años de edad o es mayor) y le he dado a cada uno una copia de este formulario en

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifíque): _____

También he proporcionado al solicitante y al menor (si tiene 12 años de edad o es mayor) una copia de los Derechos del Paciente y les he explicado sus derechos.

Firma: _____

Título: _____

Fecha: _____

Print Form Reset Form

SOLICITUD HECHA POR UN ADULTO PARA ADMISIÓN DE UN MENOR A UN CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO

Si usted tiene 12 años de edad o es mayor, usted tiene el derecho de objetar su admisión al centro en cualquier momento, o cualquier persona interesada que sea mayor de 18 años puede objetar la admisión suya. Su objeción tiene que ser hecha por escrito. Cuando se hace una objeción, usted debe ser dado de alta tan pronto como sea apropiado, pero que no exceda más de 15 días, excluyendo sábados, domingos y días feriados, a menos que:

1. usted retire la objeción por escrito; o
2. el centro registre en el tribunal una petición y dos certificados para la revisión de ser dado de alta. Entonces usted tendrá un abogado asignado para representarle y el tribunal decidirá si usted debe ser dado(a) de alta.

Si su padre o tutor o una persona en loco parentis solicita que se le dé de alta, usted debe ser dado de alta tan pronto como sea posible, sin exceder 5 días, a la custodia de la persona que ha solicitado que se le dé de alta, a menos que:

1. usted tenga 12 años de edad o es mayor y objeta ser dado de alta; o
2. el centro registre en el tribunal una petición y dos certificados para la revisión de su admisión. Entonces usted tendrá un abogado asignado para representarle y el tribunal decidirá si usted debe ser dado de alta.

Si usted todavía está hospitalizado 30 días después de su admisión, el director del centro revisará su expediente. Si él o ella determina que usted necesita más hospitalización, él o ella hablará con la persona que firmó la solicitud de admisión. Esa persona tiene que estar de acuerdo en que usted se quede en el centro o será considerado como una solicitud para darle de alta (ver arriba). Cada 60 días, hasta que usted sea dado(a) de alta, el director del centro revisará su expediente y hablará con la persona que firmó la solicitud para admisión.

La Comisión de Abogacía y Custodia es una agencia que consiste de tres divisiones: Servicios Legales de Abogacía, Autoridad de Derechos Humanos y la Oficina de Custodia Estatal. La Comisión está localizada en:

East Central Regional Office
2125 S. First Street
Champaign, IL 61820
Teléfono: (217) 278-5577
Fax: (217) 278-5588

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

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

Egyptian Regional Office
47 Cottage Drive
Anna, Illinois 62906-1669
Teléfono:: (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
Teléfono:: (708) 338-7500
Fax: (708) 338-7505

Metro East Regional Office
Holly Bldg., 4500 College
Suite 100
Alton, IL 62002
Teléfono:: (618) 474-5503
Fax: (618) 474-5517

North Suburban Regional Office
9511 Harrison Avenue
Des Plaines, Illinois 60016
Teléfono:: (847) 294-4264
Fax: (847) 294-4263

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

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

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente, sin fines de lucro que administra el sistema de protección federal y abogacía para las personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality., provee asistencia para auto-abogacía, servicios legales, educación, abogacía para regulación pública e investigaciones de abuso. Las oficinas están ubicadas 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 62701O 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

Reset Form | Print Form