



PETICIÓN PARA AUDIENCIA

Esta información **debe** ser completada. (Por favor escriba con letra de molde)

Nombre del Cliente: _____

Cliente fecha de nacimiento (Necesario): _____ / _____ / _____
mes día año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo estoy apelando una decisión hecha por:

- Rehabilitación Vocacional (VR)
- Programa de Servicios en el Hogar (HSP)
- Oficina de Servicios para Ciegos (BBS)

Teléfono con código de área: _____

El nombre de mi consejero de DRS es: _____

SI usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor pregunte a su Consejero de Rehabilitación, Representante HSP, Instructor de Rehabilitación, o Administrador del Caso. Si necesita ayuda para solicitar una apelación o le gustaría preguntar sobre posible representación, comuníquese con el Programa de Asistencia al Cliente, 100 South Grand Ave E., PO Box 19429, Springfield, IL. 62794-9429, 1-800-641-3929 (V/TTY).

- Yo quiero apelar una decisión hecha por DRS en la siguiente fecha _____.
- Yo quiero apelar la falla del DRS a responder a la petición que hice en la fecha siguiente _____.
- También quiero solicitar una resolución informal antes de la audiencia, y entender que es mi responsabilidad comunicarme con mi representante de DRS o el supervisor de oficina para hacer una cita.
- Yo soy un cliente de Rehabilitación Vocacional o de la Oficina de Servicios Para Ciegos y me gustaría pedir mediación antes de la audiencia.

Brevemente describa la / las decisión(es) o la falta de acción que le gustaría apelar:



PETICIÓN PARA AUDIENCIA

Marque Sólo Lo Que Aplica:

- Mi discapacidad es que soy sordo o tengo dificultad con la audición y necesito: **(Marque Uno)**
 - Interprete de lenguaje de señas
 - Intérprete Táctil
 - Video - conferencia telefónica
 - Servicios CART
- Mi discapacidad es que soy ciego o tengo dificultad con la vista y necesito: **(Marque Uno)**
 - audio-cinta o disco
 - todos los materiales provistos en letra grande
 - todos los materiales provistos en Braille
 - un lector para ayudarme en la preparación de la audiencia
- Mi lenguaje de preferencia es _____ en vez del inglés. Necesito un interprete para participar en la audiencia. **(Por favor escriba el lenguaje / idioma que normalmente usa.)**
- Yo no puedo asistir a la audiencia en la oficina local del DHS-DRS debido a mi discapacidad. Yo pido participar en la audiencia por teléfono.
- Yo he elegido ser representado(a) por la siguiente persona u organización en esta apelación: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Nombre / Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono con código de área: _____ Teléfono alterno con código de área: _____

NOTA: Si este formulario no es firmado por el cliente o por el representante designado, la petición para la audiencia será negada. Si firmada por el representante designado, adjuntar la autorización escrita firmada por el cliente para solicitar una audiencia en nombre del cliente.

■ **Firme su nombre o haga una marca** Cliente: _____ Fecha: _____

■ **Si usted ha hecho una marca (x) en lugar de firmar su nombre, dos testigos deben firmar aquí**

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

■ _____
Representante o tutor legal del adulto de 18 años o mayor Parentesco con el Cliente

■ **La firma del padre / madre o tutor se requiere si el cliente tiene 17 años o menos.**

_____ Yo soy padre o tutor de
Firma de Padres / Tutor _____ Fecha _____

Por favor envíe este formulario a la Oficina de Audiencias Administrativas, **con el aviso que usted recibió**, si recibió alguno, informándole la decisión que usted está apelando. Usted puede enviar una copia de su apelación a la oficina local indicada a continuación.

Illinois Department of Human Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington, 4th Floor
Chicago, IL 60602

cc: Oficina Local