



**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 apropiado abajo:

Programa de Servicios en el Hogar (HSP) Clientes  
 Home Care Ombudsman Program (HCOP)  
 One Natural Resources Way, Suite 100  
 Springfield, IL 62702-1271  
 1-800-252-8966 (Voice)  
 1-888-206-1327 (TTY)

Rehabilitación Vocacional (VR) Clientes  
Oficina Servicios Para Ciegos (BBS) Clientes  
 Programa de Asistencia al Cliente (CAP)  
 100 South Grand Ave E, PO Box 19429  
 Springfield, IL 62794-9429  
 1-800-642-3929 (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