Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación

PETICIÓN PARA AUDIENCIA

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

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono con código de área: _____

Yo estoy apelando una decisión hecha por:

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

El nombre de mi representante 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 North First Street, 1st Floor West, Springfield, IL. 62702, 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.
- ☐ Esta solicitude es respecto al parametro de horas para el programa de servicios en el hogar.
- ☐ 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:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación

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 desde mi hogar.

☐ 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.

- **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 adulto de 18 años o mayor — Parentesco con el Cliente

- **La firma del padre / madre o tutor se requiere si el cliente tiene 17 año o menos**

_____ _____ Yo soy padre o tutor de _____
Firma de Padres / Tutor — Fecha — Nombre del Cliente

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
401 S Clinton, 6th floor
Chicago, IL 60607

cc: Oficina Local