



REAFIRMACIÓN DE SU ESTADO VOLUNTARIO EN UN CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO (REAFFIRMATION OF VOLUNTARY STATUS IN A STATE-OPERATED CENTER)

Nombre del Individuo: _____

Centro: _____

Admitido / Firmado Voluntariamente el: _____
(fecha / hora)

Usted ha sido admitido a este centro por admisión voluntaria o ha firmado una solicitud voluntariamente después de su admisión a este centro. La ley establece que se le tiene que preguntar dentro de los 30 días después de ser admitido o de haber firmado la solicitud y cada 60 días después de esa fecha, mientras el director del centro crea que usted todavía necesita tratamiento como paciente interno.

Usted le puede indicar al centro que quiere quedarse firmando su nombre a continuación, o indicando a una persona del personal que acepta quedarse.

SÓLO PARA MENORES - se le tiene que preguntar a la persona que ejecuta la solicitud de admisión dentro de 30 días después de la fecha de admisión o de haber firmado la solicitud y cada 60 días después de esa fecha, mientras el director del centro crea que usted todavía necesita tratamiento como paciente interno.

Marque aquí si el individuo indica el deseo de quedarse voluntariamente **PERO** rehúsa firmar el formulario.

Nombre del Individuo / persona que firma la solicitud

Nombre del Testigo

Firma del Individuo / persona que firma la solicitud

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Yo certifico que he avisado al tutor del individuo reafirmando su estado voluntario (si el individuo está legalmente discapacitado).

Nombre y Título del Miembro del Personal

Afirmación (30 o 60 días)

Firma del Miembro del Personal

Fecha / Hora

Se entregó una copia de este formulario al individuo o tutor en

Inglés Español Otro, especifique: _____

por _____
Nombre y Título

Firma

el _____
Fecha/Hora

Individual _____	
Date of Birth: _____	Sex: _____
Identification Number: _____	
Center: _____	
Subunit: _____	



**REAFIRMACIÓN DE SU ESTADO VOLUNTARIO EN UN CENTRO ADMINISTRADO
POR EL ESTADO (REAFFIRMATION OF VOLUNTARY STATUS IN A STATE-OPERATED CENTER)**

Derechos Del Paciente Admitido Voluntariamente

- * Usted tiene derecho a pedir que le den de alta de este centro, su petición tiene que ser hecha por escrito.
- * Después de que usted entrega su petición, el centro tiene que darle de alta lo más pronto, como sea posible. Este tiempo nunca debe exceder 5 días, excluyendo sábados, domingos y días feriados, a menos que usted tenga la tendencia de causarse daño físico a sí mismo o causar a otros daño físico severo en un futuro cercano.
- * Si el director del centro cree que usted tiene tendencia de causarse daño físico a sí mismo o causar daño físico a otros, el / ella debe registrar una petición y 2 certificados en el tribunal dentro del mismo periodo de 5 días. Entonces usted tendrá una audiencia en el tribunal, si usted lo desea, y el tribunal determinará si usted tiene que quedarse internado en el centro.
- * Treinta días después de su admisión, usted tiene el derecho de retirar su petición para ser dado de alta si decide quedarse internado en el centro. Si usted no ha sido dado de alta, el director del centro determinará si necesita más hospitalización. Si el director del centro determina que usted debe seguir interno(a), o una persona designada, consultará con usted. Si usted no está de acuerdo en quedarse, su declaración será considerada como una petición para darle de alta, (como se indica arriba). Posteriormente, cada 60 días, el director del centro revisará su expediente y lo consultará con usted.
- * Como regla general, usted no pierde ningún beneficio, derechos legales, o privilegios simplemente porque ha sido admitido a un centro de salud mental (vea su copia de "los derechos del paciente"). Pero, usted debe saber que las personas que son admitidas a centros de salud mental no califican para obtener tarjetas de identificación para posesión de armas de fuego, o pueden perder tales tarjetas obtenidas antes de su admisión.

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 direcciones siguientes:

East Central Regional Office

2125 S. First Street
Champaign, IL 61820
Phone: (217) 278-5577
Fax: (217) 278-5588
TTY: (866) 333-3362

Peoria Regional Office

401 N. Main Street, Suite 620
Peoria, IL 61602
Phone: (309) 671-3030
Fax: (309) 671-3060
TTY: (866) 333-3362

Rockford Regional Office

4302 N. Main Street, Suite 108
Rockford, IL 61103
Phone: (815) 987-7657
Fax: (815) 987-7227
TTY: (866) 333-3362

Egyptian Regional Office

No. 7 Cottage Drive
Anna, Illinois 62906-1669
Phone: (618) 833-4897
Fax: (618) 833-5219
TTY: (866) 333-3362

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
TTY: (866) 333-3362

Metro East Regional Office

Holly Bldg., 4500 College
Suite 100
Alton, IL 62002
Phone: (618) 474-5503
Fax: (618) 474-5517
TTY: (866) 333-3362

North Suburban Regional Office

9511 Harrison Avenue
Des Plaines, Illinois 60016
Phone: (847) 294-4264
Fax: (847) 294-4263
TTY: (866) 333-3362

Chicago Regional Office

160 N. La Salle Street
Suite S500
Chicago, IL 60601
Phone: (312) 793-5900
Fax: (312) 793-4311
TTY: (866) 333-3362

Springfield Regional Office

521 Stratton Building
401 S. Spring Street
Springfield, IL 62706
Phone: (217) 785-1540
Fax: (217) 524-0088
TTY: (866) 333-3362

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 para abogacía, servicios legales, educación, abogacía y reglamentación pública, e investigaciones de abuso. Las oficinas se ubican en:

Main/Chicago Office

20 N. Michigan, Suite 300
Chicago, Illinois 60602
(800) 537-2632 or
(312) 341-0022
TTY: (800) 610-2779
Fax: (312) 541-7544

Central Illinois

1 West Old Capitol Plaza, Suite 816
Springfield, IL 62701
(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