



**SOLICITUD PARA ADMISIÓN ADMINISTRATIVA A UN
CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO**

Centro: _____ Fecha de la Solicitud: _____

Nombre del Individuo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Completa: _____

Esposo(a): _____ Teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Pariente adulto más cercano: _____ Teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Guardián / Tutor: (si no tiene,
nombre un amigo): _____ Teléfono: _____

Dirección Completa: _____

(El solicitante debe marcar el encasillado siguiente que aplica:)

- Yo soy la persona buscando admisión y tengo 18 años de edad o más.
- Yo soy el guardián o tutor nombrado por el tribunal de la persona menor de 18 años con discapacidades del desarrollo.
- Yo soy el padre, tutor, o persona en loco parentis de la persona menor de 18 años con discapacidades del desarrollo.

Persona que ejecuta la solicitud: _____ Parentesco: _____

AL SOLICITANTE: Por favor escriba una breve declaración explicando por qué solicita la admisión de usted o de su hijo o hijo de crianza.

Firma _____ Fecha _____

En caso de emergencia, o si debe ser enviado un aviso de restricción de alguno de mis derechos, Yo designo a la siguiente(s) persona(s) para que reciban este aviso.

Nombre: _____ Dirección: _____

Nombre: _____ Dirección: _____

Yo expliqué los derechos al reverso de este formulario en inglés español Otro (specifique) _____
y también le entregué una copia de este formulario al individuo (de 12 años de edad o mayor) y al solicitante. También le entregué una copia de "los Derechos del Individuo" y le expliqué esos derechos.

Nombre & Título del Empleado: _____ Firma del Empleado: _____

Por el director del centro: (nombre) _____ Fecha: _____

Nombre: _____ fue admitido o admisión negada
el (mes / día / año) _____ por (Director del Centro) _____



Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

**SOLICITUD PARA ADMISIÓN ADMINISTRATIVA A UN
CENTRO ADMINISTRADO POR EL ESTADO**

Una Comisión de Tutela y Defensa es una agencia estatal con tres divisiones: Servicios de Defensa Legal, Autoridad de Derechos Humanos y la Oficina del Tutor del Estado. Puede comunicarse con la Comisión al: Teléfono: 1-866-274-8023, TTY: (866) 333-3362, o por escrito.

Oficina Regional de Chicago Oficina
160 N. Calle La Salle
Suite S500
Chicago, IL 60601

Regional de Springfield
830 S. Calle Primavera
Springfield, IL 62704

Equip for Equality, Inc. es una organización independiente sin fines de lucro que administra el sistema federal de protección y defensa para personas con discapacidades en Illinois. Equip for Equality, Inc., proporciona asistencia de autodefensa, servicios legales, educación, defensa de políticas públicas e investigaciones de abuso. La oficina está ubicada en:

Website: www.equipforequality.org

Oficina principal/Chicago
20 N. Michigan, Ste 300
Chicago, Illinois 60602
(800) 537-2632 or
TTY: (800) 610-2779
FAX: (312) 800-0912

La información que proporciona en este formulario está protegida por las regulaciones de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) ([PL 104-191] en 45 CFR 160 y 164). Su información de salud de identificación personal solo se usará y / o divulgará de acuerdo con HIPAA y la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois.

Yo he explicado estos derechos a la persona (o al tutor de la persona, si corresponde) y le he proporcionado una copia de la misma. Se ha archivado una copia de este formulario en la historia clínica de la persona.

Firma del Personal:

Firma del Individuo Que Recibe Servicios:

Marque aquí si el individuo rehúsa firmar

Nombre y Título del Personal:

Nombre del Testigo (sólo se requiere si el individuo rehúsa firmar)

Fecha y Hora:

Firma del Testigo (sólo se requiere si el individuo rehúsa firmar)