

CARTA DE NOTIFICACIÓN DE ADMISIÓN/TRASLADO/APROBACIÓN DE LA GESTIÓN

Para: (Persona(s) a notificar de admisión):

_____	_____ (instalación)
_____	_____ (dirección)
_____	_____ (director de la instalación)
_____	_____ (número de teléfono)

Por favor, marque qué tipo de aviso a continuación:

- Admisión: Esto es para informarle que (nombre de persona) _____ fue internado en el centro antes mencionado el _____, a las _____ (fecha) _____ (hora)

- Transferencia: Esto es para informarle que (nombre de persona) _____ fue transferido de _____ para _____ en _____, a las _____ (fecha) _____ (hora) La información para la nueva instalación se encuentra en el reverso de esta página

- Descargar: Esto es para informarle que (nombre de persona) _____ fue dado de alta de _____ en _____, a las _____ (fecha) _____ (hora)

Por favor lea atentamente la información contenida en la hoja. Describe los derechos tanto del individuo como de usted mismo con respecto a esta información específica. Certifico que envié por correo una copia de este aviso en:

- Inglés Español Otro (especificar) _____

al person mencionado anteriormente depositándolo en el U.S.Mail, el _____.

DESEA QUE NADIE SEA NOTIFICADO

Fichado: _____

Nombre impreso: _____

Título: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Secciones del Código relativas a quién debe notificarse

**(405 ILCS 5/Ch. II Art. Epígrafe I)
ARTÍCULO 1. DERECHOS**

(405 ILCS 5/2-113) (del Cap. 91 1/2, párr. 2-113)

Artículos 2 a 113. (a) Al momento de la admisión, la instalación preguntará al destinatario si un cónyuge, familiar, amigo o agencia debe ser notificado de su admisión a la instalación. Si el destinatario da su consentimiento para divulgar información sobre su admisión, el centro intentará inmediatamente ponerse en contacto telefónico con al menos dos personas o agencias designadas o por correo dentro de las 24 horas.

**(405 ILCS 5/Ch. II Art. Epígrafe II)
ARTÍCULO II. PROCEDIMIENTOS**

(405 ILCS 5/2-200) (del Cap. 91 1/2, párr. 2-200)

Sec. 2-200. (c) Al comienzo de los servicios, o tan pronto como la condición del destinatario lo permita, la instalación le preguntará al destinatario adulto o al destinatario menor admitido de conformidad con la Sección 3-502 si el destinatario desea que la instalación contacte al cónyuge, padres, tutor, parientes cercanos, amigos, abogado, defensor del destinatario de la Comisión de Tutela y Defensa o la agencia designada por el Gobernador en virtud de la Sección 1 de "Una Ley en relación con la protección y la defensa de los derechos de las personas con discapacidades del desarrollo, y la modificación de las leyes en ellas nombradas", aprobadas el 20 de septiembre de 1985, u otras e informarles de la presencia del beneficiario en el centro. La instalación se pondrá en contacto por teléfono o por correo con al menos dos de las personas designadas por el destinatario y les informará de la ubicación del destinatario. Si el destinatario lo solicita, la instalación también le informará de cómo ponerse en contacto con el destinatario.

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 62706

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

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.

Información del hospital (ingrese los números de teléfono, el contacto del trabajador social, las horas de visita, etc.)