

## Aviso De Negación Para Admisión A Un Centro Administrado Por El Estado Y Derecho A Pedir Una Revisión

Para: \_\_\_\_\_

Por este medio se notifica que \_\_\_\_\_ se le negó admisión \_\_\_\_\_  
(individuo) (especifique tipo de admisión)

a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
Centro (mes/día/año)

Yo certifico que  envié por correo  entregué una copia de este aviso en  Inglés  Español  
 Otro Especifique: \_\_\_\_\_ a las personas identificadas arriba en \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Para Director del Centro: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA CIUDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. DESCRIBE LOS DERECHOS DEL INDIVIDUO Y SUYOS CON RESPECTO A ESTA NEGACIÓN DE ADMISIÓN.**

### QUIÉN TIENE DERECHO A PEDIR UNA REVISIÓN

Centro de Salud Mental:

Adulto- Un individuo que quiere admisión puede pedir una revisión o una persona interesada por el individuo con el consentimiento del individuo, puede pedir una revisión por el individuo.

Menor- La persona (si tiene 16 años de edad o más) puede pedir una revisión o el abogado del menor, el padre o tutor o persona en loco parentis puede pedir una revisión por el menor.

Centro para Discapacidades Del Desarrollo

El individuo que ejecutó la solicitud de admisión puede pedir una revisión, o el abogado o tutor puede pedir una revisión.

### EXPLICACIÓN SOBRE COMO OBJETAR LA NEGACIÓN DE LA ADMISIÓN

Envíe su petición por escrito y firmada, para la revisión de negación de admisión al director del centro que usted quiso ser admitido, dentro de los 14 días de haber sido negada. El director del centro fijará una audiencia cuando la reciba y se llevará a cabo en el centro dentro de los 7 días.

La audiencia se hace ante un comité especial de profesionales. La audiencia es informal y usted puede llevar personas para hacer declaraciones y presentar los hechos por usted.

El comité enviará sus recomendaciones al director del centro, quien le notificará a usted sobre su decisión, dentro de 7 días. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede pedir que la Secretaria del Departamento de Servicios Humanos revise la negación.

**Una copia de este formulario debe ser guardada por el centro (para procedimientos del centro)**

### HAY INFORMACIÓN IMPORTANTE AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

#### ENVÍELO AL DIRECTOR DEL CENTRO

La solicitud para admisión de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Nombre del Individuo) (Nombre del Centro)

que fue negada el (Fecha) \_\_\_\_\_

Por este medio pido una revisión de esta negación.

Nombre del que hace la Petición: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Individuo: \_\_\_\_\_

Firma del que hace la Petición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Aviso De Negación Para Admisión A Un Centro Administrado Por El Estado Y Derecho A Pedir Una Revisión**

La Comisión de Abogacía y Custodia es una agencia estatal que tiene tres divisiones: Servicios de Abogacía Legal, Autoridad de Derechos Humanos y Oficina de Custodia Estatal. La Comisión se ubica en:

### **East Central Regional Office**

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

### **Peoria Regional Office**

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

### **Rockford Regional Office**

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

### **Egyptian Regional Office**

#7 Cottage Drive  
Anna, Illinois 62906-1669  
Teléfono: (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  
Teléfono: (708) 338-7500  
Fax: (708) 338-7505  
TTY: (866) 333-3362

### **Metro East Regional Office**

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

### **North Suburban Regional Office**

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

### **Chicago Regional Office**

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

### **Springfield Regional Office**

521 Stratton Building  
401 S. Spring Street  
Springfield, IL 62706  
Teléfono: (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 auto abogacía, servicios legales, educación, abogacía y reglamentación pública e investigaciones de abuso. Las oficinas se ubican en:

### **Main/Chicago Office**

20 N. Michigan, Ste 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](http://www.equipforequality.org)