

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

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)