

Aviso Para Darle de Alta - Centro Administrado Por el Estado

Para: _____

Por este medio se notifica que: _____ será dado de alta _____
(Individuo) (Especifique Tipo)

de _____ el _____
(Centro) (Fecha)

La razón* para darle de alta es la siguiente: _____

Yo certifico que envié por correo entregué una copia de este aviso en
 Inglés Español Otro: Especifique _____

a las personas indicadas arriba el _____
(mes / día / año)

Nombre (letra de molde): _____ Título: _____

Firma: _____ Para el Director del Centro: _____

* Para notificar a distritos escolares escriba "no aplica" aquí

POR FAVOR LEA CIUDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. DESCRIBE LOS DERECHOS DEL INDIVIDUO Y SUYOS CON RESPECTO A DARLE DE ALTA.

QUIÉN TIENE DERECHO A OBJETAR

Centro de Salud Mental

- Adulto**-Un individuo puede objetar (no estar de acuerdo) darle de alta o el abogado del individuo o tutor puede objetar por el individuo.
- Menor**- El menor (si tiene 12 años de edad o más) puede objetar darle de alta o el abogado del menor o la persona que ejecutó la solicitud de admisión puede objetar darle de alta al individuo

Centro Discapacidades del Desarrollo

Un individuo (si tiene 12 años de edad o más) puede objetar darle de alta o el abogado del menor o la persona que ejecutó la solicitud de admisión puede objetar por el individuo.

El distrito escolar no tiene derecho a objetar darle de alta.

EXPLICACIÓN SOBRE CÓMO OBJETAR PARA DARLE DE ALTA

Antes de darle de alta, envíe al director del centro una objeción por escrito y firmada. Al recibirla, el director del centro fijará una audiencia que se llevará a cabo en el centro dentro de los 7 días. El individuo se quedará en el centro hasta que se tome una decisión después de la audiencia.

La audiencia toma lugar ante un comité especial de profesionales. La audiencia es informal y usted puede traer personas para presentar declaraciones y los hechos por usted.

El comité enviará sus recomendaciones al director del centro, quien dentro de los próximos 7 días le avisará su decisión. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar que la Secretaria del Departamento de Servicios Humanos revse la decisión.

Una copia de este formulario debe ser archivado en el expediente clínico del individuo.

HAY INFORMACIÓN IMPORTANTE EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Tengo objeción (no estoy de acuerdo) que den de alta a _____ de _____
(nombre del individuo) (nombre del centro)

y pido una audiencia ante el Comité Para Revisión de Utilización.

Nombre del objetor: _____ Parentesco con el individuo: _____

Firma del objetor: _____ Fecha: _____

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 de Custodia Estatal. La Comisión se ubica en las siguientes oficinas:

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

#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

(866) 333-3362

TTY:

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, 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