

AVISO SOBRE DECISIÓN DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

Fecha: _____

Adjunto está la decisión del director de la institución.

_____, con respecto a:

Revisión de negación de admisión (405 ILCS 5/3-405 and 4-312)

Objeción a la transferencia (405 ILCS 5/3-920 and 5/4-709)

Objeción a darle de alta (405 ILCS 5/3-903 and 4-704)

de _____
(nombre del individuo)

Si usted no está de acuerdo con la decisión, usted puede pedir que la Secretaría del Departamento haga una revisión de la decisión del director de la institución, sometiéndolo por escrito al director de la institución o a la Secretaría del Departamento, Departamento de Servicios Humanos, 401 S. Clinton St., 7th Floor, Chicago, IL 60607

Una copia de este formulario ha sido entregada al individuo o a su representante autorizado en

Inglés Español Otro (especifique): _____

por (Nombre y Título): _____

Firma: _____ el (Fecha): _____

SEPARAR AQUÍ

A la Secretaria del Departamento

No estoy de acuerdo con la decisión del director de la institución, _____
(nombre de la institución)

Admisión Negada Transferencia Darle de Alta

de _____
(nombre del individuo)

Yo creo que la decisión del director de la institución es incorrecta porque:

(si necesita más espacio, use el reverso de este formulario)

Por este medio yo pido una revisión de esta decisión.

Nombre: _____ Edad: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____