

**NOTIFICACIÓN DE INTENCIÓN DE INDICAR A UN TRABAJADOR DE CUIDADOS
INFANTILES EN UN REPORTE DE ABUSO Y/O NEGLIGENCIA DE NIÑOS**

El Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois ha investigado el reporte sobre sospecha de abuso y/o negligencia que se explica a continuación. El Departamento **tiene la intención de indicarlo** como la persona que cometió el abuso y/o negligencia de niños. **Por favor lea lo siguiente con atención.**

Nombre	Fecha
Dirección	Nº de SCR
Ciudad, Estado, Código Postal	

1. Niños reportados de haber sido abusados o descuidados: _____

2. Se declaró que el abuso o negligencia reportado tuvo lugar en: _____

3. El Departamento tiene la intención de hacerlo responsable de la siguiente acción/omisión (alegaciones):

4. Se guardará un reporte indicado de las alegaciones mencionadas en el Registro Central del Estado durante _____ años, a menos que se retire en base al resultado de su apelación.

5. Se adjunta una explicación del Registro Central del Estado (SCR) y el proceso de apelación en las “Preguntas y respuestas acerca de la notificación de intención de indicar en un reporte de abuso y/o negligencia de niños a un trabajador de cuidados infantiles”.

6. También se adjunta un resumen que explica los hechos que el Departamento recopiló, sobre los que se basa la intención del Departamento para indicarlo.

TELECONFERENCIA CON EL ADMINISTRADOR

Antes de que se tome la decisión de indicarlo, tiene la oportunidad de solicitar una conferencia telefónica con un Administrador de Protección de Menores que no haya estado involucrado en la investigación. La conferencia telefónica con el Administrador le permitirá responder a las alegaciones y al fundamento de la intención de indicarlo.

Puede hacer que un abogado u otro representante participe en la conferencia telefónica con el Administrador. No se le autorizará a presentar ni a contrainterrogar testigos, pero podrá dar su propia versión del incidente y proporcionar declaraciones y documentos escritos.

La fecha y hora de su conferencia telefónica son las siguientes: ____/____/____, a las ____ a.m/p.m.

El número de teléfono para su conferencia telefónica es (_____) _____

El nombre del Administrador de Protección de Menores es _____

La conferencia telefónica con el Administrador puede cambiarse de horario si hay motivo suficiente. Si necesita cambiar de horario, llame al Administrador de Protección de Menores al número que figura a continuación, a la mayor brevedad posible.

En caso de que tenga alguna dificultad técnica como señal de ocupado, no obtener respuesta, correo de voz u otra incapacidad para ubicar al Administrador de Protección de Menores en la fecha y hora fijadas, puede llamar a la Oficina del Director Adjunto de Protección de Menores al 217.785.4010 e informar que está llamando por una conferencia telefónica con un Administrador y ellos lo podrán ayudar.

Usted no tiene la obligación de participar en la conferencia telefónica con el Administrador. La conferencia telefónica con el Administrador le brinda la oportunidad de presentar cualquier información que usted considere que puede o debe ayudar al Departamento a tomar la decisión más justa en relación a las alegaciones actuales de abuso y/o negligencia de niños. Sin embargo, si elige no participar en la conferencia telefónica, es muy probable que la “intención de indicar” resulte en una decisión de indicarlo por abuso y/o negligencia de niños y poner su nombre en el Registro Central del Estado.

Después de la conferencia telefónica con el Administrador, usted recibirá una notificación escrita de la decisión y una explicación del proceso administrativo de apelación acelerado o regular. Si no participa en la conferencia telefónica con el Administrador, usted recibirá una notificación escrita de la decisión final del Departamento y una explicación del proceso administrativo de apelación acelerado o regular.

Usted conserva su derecho a apelar la decisión final del Departamento, haya participado o no en la conferencia telefónica con el Administrador.

Atentamente,

DCFS es un empleador que no discrimina y prohíbe la discriminación ilegal en todos sus programas y/o servicios.

Trabajador del Servicio de Protección de Menores

Dirección _____

Número telefónico (_____) _____

Nombre del supervisor

Número telefónico del supervisor (_____) _____

En relación con el número de SCR _____, declaro haber recibido lo siguiente:

1. Notificación de intención de indicar
2. Un resumen de la investigación
3. Preguntas y respuestas acerca de la Notificación de intención de indicar

También declaro que se me han explicado y/o leído estos documentos:

Nombre en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

() _____
Número telefónico

Firma

Fecha

Si recibió este aviso por correo, por favor llene el formulario de acuse de recibo y envíelo al Trabajador del Servicio de Protección de Menores, a la dirección en página 2 de este Aviso.

En relación con el número de SCR _____, declaro haber recibido lo siguiente:

4. Notificación de intención de indicar
5. Un resumen de la investigación
6. Preguntas y respuestas acerca de la Notificación de intención de indicar

También declaro que se me han explicado y/o leído estos documentos:

Nombre en letra de imprenta

Dirección en letra de imprenta

() _____
Número telefónico

Firma

Fecha

Si recibió este aviso por correo, por favor llene el formulario de acuse de recibo y envíelo al Trabajador del Servicio de Protección de Menores, a la dirección en pagina 2 de este Aviso.