CFS 151-B/S
Rev. 10/2006

Estado de Illinois
Departamento de Servicios para Niños y Familias

Notificación de cambio de colocación

Fecha de la notificación: ____/____/____

Nombre:

Dirección:

Estimado/a _____:

Esta es para informarle que una notificación ha sido declarada con el propósito de cambiar la colocación del/de los niño(s) que se listan a continuación en la siguiente fecha:
____/____/____.
(fecha)

Nombre del/de los niño(s): _____ _____
_____ _____
_____ _____

Esta decisión se tomó por la / las siguiente(s) razón(es):

_____
_____
_____
_____

Si usted no está de acuerdo con la decisión puede solicitar una Revisión de colocación clínica. En la revisión puede expresar sus opiniones con respecto a la decisión.

Puede solicitar una Revisión de colocación clínica llamando a la División clínica de DCFS inmediatamente al (866) 225-1431.

Si tiene problemas de audición y tiene un TDD, llame al (312)-814-4117.

También puede enviar por fax su solicitud para una revisión a la División clínica de DCFS marcando la casilla que aparece debajo, firmando su nombre y enviando este formulario antes de los tres días de recibir esta notificación al fax (800) 733-3308.

_____ _____
(Firma del trabajador social) (Fecha)

_____ _____
(Firma del supervisor) (Fecha)

☐ **Deseo solicitar una Revisión de colocación clínica de la decisión mencionada arriba de cambiar la colocación de**

_____
_____

_____ _____
(Firma) **(Fecha)**

Copias a: Tutor Legal Ad Litem
Padres (Si los derechos paternos no han sido terminados)