

**Decisión Final Clínica sobre Cambio de Colocación o Apartamiento  
con Derechos a Apelación**

Fecha de notificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Nombre</b>
<b>Dirección:</b>

Estimado \_\_\_\_\_ :

Se realizó una revisión sobre una colocación clínica el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con respecto a los  
siguientes niños: (fecha)

Nombre del (los) niño(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La Decisión de la Revisión de Colocación Clínica **final** se realizó el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Se determinó que lo mejor para los intereses del (los) niño(s) es:

Si no está de acuerdo con la Decisión de la Revisión de Colocación Clínica final, usted puede apelar la decisión solicitando una Audiencia Justa dentro de **10 días desde** la fecha de la decisión. Esta solicitud debe ser hecha **por escrito** y debe incluir una **copia del Resumen de Revisión de Colocación CFS 151-C**, como verificación de que el proceso de Revisión Clínica ha sido finalizado.

Favor de enviar su solicitud de audiencia a:

**Unidad de Audiencias Administrativas del DCFS  
Departamento de Servicios para Niños y  
406 East Monroe, Station # 15  
Springfield, Illinois 62701**

Durante el proceso de apelación el (los) niño(s) deberán ser puestos bajo colocación según lo determinado en la decisión de la Revisión de Colocación Clínica.