



CABINET FOR HEALTH AND FAMILY SERVICES
COMMONWEALTH OF KENTUCKY
275 EAST MAIN STREET, 3E-A
FRANKFORT, KY 40621

(502) 564-6852 Phone (502) 564-3096 Fax
DEPARTMENT FOR COMMUNITY BASED SERVICES
DIVISION OF PROTECTION AND PERMANENCY
AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

DPP-152A-spa
(Rev. 7/05)

Servicio de Protección a Menores (siglas en inglés CPS)
Carta de Notificación de Investigación Insustanciada

Local Office Address:

Date: _____

Name and Address of: (Alleged perpetrator, Parent or Caretaker, Facility Director, Alleged Victim (if appropriate)).

Estimado(a) _____,

El _____, el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia, Departamento para Servicios Basados en la Comunidad recibió una denuncia de presunto abuso o negligencia a un menor como se define en el Estatuto Revisado de Kentucky (KRS) 600.020(1) con respecto a un niño bajo su cuidado. Basado en la información recibida a través de esta denuncia se ha concluido que las alegaciones son insustanciadas.

Si usted tiene cualquier pregunta o inquietud con respecto a esta carta o a esta investigación, favor de llamarme al _____ (Staff telephone number).

Usted tiene el derecho de presentar una Queja de Servicio si usted cree que ha sido tratado injustamente durante la investigación. Para presentar una Queja de Servicio envíe su queja por escrito, **con fecha de matasellos dentro de treinta (30) días del calendario a partir de haber recibido esta carta** a la atención del Administrador de la Región de Servicios en la oficina local del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad. Usted puede también comunicarse con las Oficinas del Defensor del Pueblo (Ombudsman) al 1(800) 372-2973 y presentar una Queja de Servicio.

Atentamente,

(Staff Name)
(Title)

