

DPP-154
(Spanish) 922
KAR 1:320 (R.
12/2019)

ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE NO SON ELEGIBLES PARA UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA BAJO EL PROCESO DE APELACIONES DE SERVICIOS:

PARA LA RESOLUCIÓN DE UN ASUNTO QUE NO ESTÁ SUJETO A REVISIÓN A TRAVÉS DE UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA, USTED PUEDE COMUNICARSE CON LA OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO (OMBUDSMAN) AL 1-800-372-2973. SI USTED NO DESEA HABLAR CON LA OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO, PUEDE PRESENTAR SU QUEJA POR ESCRITO A UN ADMINISTRADOR DE REGIÓN DE SERVICIOS O DESIGNADO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE LA ACCIÓN DEL GABINETE A LA CUAL USTED SE OPONE.

POR FAVOR COMPLETE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EL SITIO WEB A CONTINUACIÓN:
**[https://
prd.webapps.chfs.ky.gov/
genlogex/Detail.aspx?TK=19](https://prd.webapps.chfs.ky.gov/genlogex/Detail.aspx?TK=19)**

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA PARA LA APELACIÓN DE UNA ACCIÓN DEL GABINETE, FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO POR CORREO A:

Quality Advancement Branch
275 East Main Street, 2E-O
Frankfort, KY 40621

SI NECESITA ASISTENCIA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, FAVOR DE COMUNICARSE CON LA OFICINA LOCAL:

LAS SOLICITUDES DE UNA AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS TIENEN QUE ENVIARSE POR CORREO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA ACCIÓN DEL GABINETE.

SI ESTÁ DISPONIBLE, FAVOR DE PRESENTAR UNA COPIA DE LA “NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN PREVISTA” DPP-154A CON ESTE FORMULARIO.

Apelación de Servicios de Protección y Permanencia

De acuerdo con
45 CFR 205.10 y
922 KAR 1:320

GABINETE PARA SERVICIOS DE SALUD Y DE LA FAMILIA

Departamento para Servicios Basados en la Comunidad
275 East Main Street
Frankfort, KY 40621

PARA SERVICIOS V/TDD
Llame a la Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) de CHFS
Gratis al 1-800-627-4702

APELACIÓN DE SERVICIO DE PROTECCIÓN Y PERMANENCIA

NOMBRE DEL DEMANDANTE (FAVOR DE ESCRIBIR ENN LETRA DE MOLDE): _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____
CALLE/NO. DE P.O. BOX CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CONDADO DE RESIDENCIA: _____

FAVOR DE DECLARAR EN DETALLE LA NATURALEZA DE SU QUEJA EN CONTRA DEL DEPARTAMENTO PARA SERVICIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD.
(PUEDE USAR PAPEL ADICIONAL EN CASO DE SER NECESARIO.)

FAVOR DE INDICAR LA FECHA DE LA ACCIÓN DEL GABINETE IMPUGNADA: MES _____ DÍA _____ AÑO _____

FAVOR DE INDICAR CADA EMPLEADO DEL GABINETE INVOLUCRADO EN EL TEMA DE SU APELACIÓN. (PUEDE USAR PAPEL ADICIONAL EN CASO DE SER NECESARIO.)

Nombre:	Título, si se conoce:
Dirección de Trabajo:	
Ciudad:	Condado:

Nombre:	Título, si se conoce:
Dirección de Trabajo:	
Ciudad:	Condado:

FIRMA DEL DEMANDANTE

FECHA

FIRMA DE REPRESENTANTE AUTORIZADO, SI ES PERTINENTE

FECHA