**ESTADO DE RHODE ISLAND**

**DEPARTAMENTO DE NI ÑOS, JOVENES Y FAMILIAS**

**SOLICITUD FORMAL PARA UNA AUDIENCIA**

Este formulario debe ser presentado en las **Oficinas Administrativas del Oficial de Audiencias del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias, localizado en el 101 Friendship Street, Providence, RI 02903**, dentro de un periodo de treinta (30) días de haber recibido una decisión adversa.

**Por favor asegurarse de que toda la información esta completa, correcta y legible.**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Todo apellido de soltera y casada debe ser incluido)**

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor chequear todo lo que aplica a la solicitud de apelación**.

[ ]  Ud fue encontrado culpable de alegato(s) **de abuso y/o negligencia de un niño**.

[ ]  A ud se le negó **empleo**. Si es así, de nombre de futuro patrón:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  El Departamento de Niños y Familias le negó una **licencia**.

[ ]  No se le permitió ser un **recurso de hospedaje** para un niño(s). Si es así, de el/los nombre(s) de el/los niño(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Se le negó elegibilidad de servicios para jóvenes entre las edades de 18-21 años de edad.

[ ]  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota: Un pedido de apelación basado en la verificación de sus antecedentes penales debe incluir una copia de la información que le descalificó.**

Brevemente diga la(s) razón(es) que desea plantear en la apelación (Por favor usar el reverso de esta pagina si requiere mas espacio.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre(s) y fecha de nacimiento de el/los Niño(s)involucrado(s) en esta apelación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre & Dirección de la Madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre & Dirección del Padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre & Dirección de el/los Padre(s) de Crianza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Investigador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de otro trabajador involucrado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entiendo que puedo ser mi mismo representante o ser representado por un abogado.**

El Departamento, de acuerdo con el Capitulo VI, Acta de Derechos Civiles de 1964, y otras regulaciones Federales y Estatales, no discrimina basado en la raza, color, origen nacional, edad, sexo, identidad de genero o expresión, orientación sexual, creencias religiosas, creencias políticas o discapacidad al admitir, acceso a/o trato en el trabajo, sus programas o actividades. El Oficial de Igualdad del Departamento atenderá toda audiencia donde la discriminación es disputa ante el Oficial de Audiencia.

Firma del Demandante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_