

SOLICITUD PARA MEDIACIÓN Y/O AUDIENCIA IMPARCIAL DE GARANTÍAS PROCESALES

¿Se ha comunicado usted con el supervisor de su consejero para hablar referente a su queja? Si () No ()

Estoy solicitando una reunión informal de solución con un administrador antes de la mediación o la audiencia.
Si () No ()

Sí usted se comunicó con los representantes de la agencia, pero todavía no está satisfecho con el resultado, por favor y marque una o ambas de las siguientes:

Solicitud para Mediación _____ Audiencia Imparcial de Garantías Procesales _____

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:

SOLICITANTE/PERSONA DISCAPACITADA

NÚMERO DE CASO

Dirección/Calle

Apto

Estado

Código postal

SECCIÓN II – DECLARACIÓN DE LA QUEJA (completar por el solicitante o persona discapacitada)

Necesitaré:

____ Intérprete para sordo-mudo _____ Alguien que tome notas/lea _____ Ayuda para movilizarme
____ Otro (por favor, especifique) _____

Firma _____ Fecha: _____

SECCIÓN III – DECLARACIÓN DE LAS PÓLIZAS DE LA AGENCIA. (completar por el representante de la agencia)

Fecha en que se recibió en la Oficina de Rehabilitación Vocacional: _____

Indique la póliza específica a la que se refiere:

Manual de ORS..... Reseña de la sección (Ej... I., A., 1. a.) _____

Manual de ORS..... Reseña de la sección (Ej. I., A., 1., a.) _____

Explicar la decisión de la agencia con relación a la queja y las pólizas:

Firma del representante de la agencia

Firma del supervisor

Uso de la Agencia

Recibida en la oficina de audiencia el día: _____ Fecha de la audiencia: _____

IMPORTANTE: VEA EL REVERSO PARA LAS INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO (ORS-121)

Instrucciones para completar éste formulario.

Este formulario lo usan el solicitante/persona discapacitada y el representante de la agencia para:

1. Identificar la solicitud para mediación y/o para una audiencia imparcial de garantías procesales;
2. Que el solicitante/persona discapacitada identifique por escrito la causa de su queja o agravio; y
3. Que el representante de la agencia identifique la norma en la que se basó la decisión que ha dado origen a la queja.

Este formulario se le facilita al solicitante/persona discapacitada cuando ésta decide apelar la determinación o decisión ya sea del asesor de rehabilitación o del representante de la agencia. El Formulario ORS-121 ya completo debe enviarse a la atención del representante de la agencia al

Office of Rehabilitation Services
40 Fountain Street
Providence, RI 02903

SECCIONES I Y II: Estas secciones puede llenarlas el solicitante/persona discapacitada por sí mismo o por la persona discapacitada y el representante de la agencia, si es que necesita ayuda para completar el formulario. Esta sección la firma la persona que presenta la queja.

SECCIÓN III: después de completarse las Secciones I y II, el representante de la agencia completa la Sección III, cita la(s) norma(s) de la agencia haciendo referencia a la sección particular del manual en que la agencia se basó para tomar la decisión. Esta sección la firma el representante de la agencia y el supervisor. El formulario original se envía prontamente a la Oficina de Audiencias del DHS y se envía una copia al Administrador a cargo de ORS. Se archiva una copia en el expediente del caso.

Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

En cumplimiento con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, tal como fue enmendada (29 U.S.C. 794), Ley para Americanos Discapacitados (ADA, por sus siglas en inglés) (42 U.S.C. 12101 et seq.), Título IX de las Enmiendas de 1972 a la Educación (20 U.S.C. 1681 et seq.), Ley de Cupones para Alimentos y Ley de 1975 sobre la Discriminación por la Edad, el Departamento de Salud y Servicios Humanos implementando regulaciones (45 C.F.R., Partes 80 y 84), el Departamento de Educación de los EEUU implementando regulaciones (34 C.F.R., Partes 104 y 106), el Departamento de Agricultura, Servicios de Alimentos y Nutrición (7 C.F.R. 272.6), y el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS), no discriminan por razones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, opinión política o sexo cuando acepta o proporciona servicios, empleo o tratamiento, en sus programas o actividades educativas o en otros programas o actividades. Bajo otras condiciones de leyes pertinentes, el DHS no discrimina por razones de orientación sexual.

Para obtener más información sobre estas leyes, regulaciones y procesos de queja por discriminación del DHS, comuníquese con el DHS al 600 New London Avenue, Cranston, RI 02920, número de teléfono 462-2130 (TDD 462-6239). El funcionario de Relaciones de Enlace con la Comunidad es el coordinador encargado de implementar el Título VII; el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado, es el coordinador encargado de implementar el Título IX, Sección 504 y la ADA. El director del DHS o su designado, tiene la responsabilidad principal de que el DHS respete los derechos civiles.

Toda inquietud referente a la forma en que DHS cumple con el Título IX y 34 C.F.R. Parte 106, puede dirigirse directamente al Subsecretario de Derechos Civiles, Departamento de Educación de los EEUU, Washington, D.C.20202 ó a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Educación de los EEUU, Región I, Boston, Massachusetts 02109.