



Aviso de traslado o desalojo involuntario y oportunidad de audiencia para residentes de asilo de cuidado para ancianos y convalecientes (para obtener formularios de centros de vida asistida, visite www.dph.illinois.gov)

DATOS DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre de la institución _____		Dirección _____	
Condado _____	Número de teléfono _____	Número de fax _____	Fecha de notificación al residente _____
DATOS DEL RESIDENTE			
Nombre del residente _____		Fecha de nacimiento del residente _____	Nombre del representante _____
Dirección del representante _____		Número de teléfono del representante _____	

PROCEDIMIENTO FEDERAL **PROCEDIMIENTO ESTATAL** **TRASLADO O DESALOJO DE EMERGENCIA** Sí No

PROCEDIMIENTO FEDERAL. Esta institución admite residentes de pago privado y de Medicare o Medicaid y está certificada por el gobierno federal y tiene licencia estatal, o esta institución solo admite residentes de Medicare o Medicaid y está financiada por el gobierno federal. **Esta institución busca el traslado o desalojo** de conformidad con las regulaciones de la Administración de Financiamiento de Atención Médica para los estados y los centros de atención médica a largo plazo en el Artículo 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Sección 483.15 (“regulaciones federales”). Como está escrito en su expediente clínico de acuerdo con la Sección 483.15 (c) de las regulaciones federales, se propone este traslado o desalojo por el siguiente motivo:

- su atención médica y sus necesidades no se pueden satisfacer en esta institución, según lo documentado en su expediente clínico por su médico, 483.15 (c)(1)(i)(A);
- su salud ha mejorado lo suficiente como para que ya no necesite los servicios proporcionados por esta institución, según lo documentado por su médico en su expediente clínico, 483.15 (c)(1)(i)(B);
- la seguridad de las personas en esta institución está en peligro, 483.15 (c)(1)(i)(C);
- la salud de las personas en la institución estaría en peligro, según lo documentado por un médico en su expediente clínico, 483.15 (c)(1)(i)(D);
- no ha pagado su estadía en esta institución, después de un aviso razonable y apropiado, 483.15 (c)(1)(i)(E), o
- esta institución deja de funcionar, 483.15 (c)(1)(i)(F).

En la fecha de traslado o desalojo, será reubicado a:

Institución/persona _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ejecutando el código de la Sección 483.15(c)(7) de las regulaciones federales, esta institución brindará la preparación y orientación suficientes para garantizar su traslado o desalojo de esta institución en forma segura y ordenada.



Aviso de traslado o desalojo involuntario y oportunidad de audiencia para residentes de asilo de cuidado para ancianos y convalecientes (para obtener formularios de centros de vida asistida, visite www.dph.illinois.gov)

PROCEDIMIENTO ESTATAL. Esta institución admite solo residentes de pago privado y tiene licencia estatal. **Esta institución busca traslado o desalojo bajo** la Ley de Atención de Hogares de Ancianos, Artículo 210 de los Estatutos Compilados de Illinois (ILCS, por sus siglas en inglés) 45/1-101 y siguientes (“ley estatal”). Usted será responsable de encontrar su propia residencia y atención médica. Puede buscar asistencia de reubicación del Departamento de Salud Pública de Illinois, incluyendo información sobre ubicaciones alternativas.

Como se conversó con _____ el _____ de 20 ____ y, como se documenta en su registro clínico bajo la Sección 3-408 de la ley estatal, el motivo de este traslado o desalojo es:

- razones médicas, 210 ILCS 45/3-401(a);
- su seguridad física, 210 ILCS 45/3-401(b);
- la seguridad física de otros residentes, el personal de la institución o los visitantes, 210 ILCS 45/3-401(c), o
- pago atrasado o falta de pago de su estadía, 210 ILCS 45/3-401(d).

El responsable, _____, tiene derecho a pagar la cantidad de la factura en su totalidad hasta la fecha en que se ha propuesto realizar el traslado o desalojo y entonces tendrá derecho a permanecer en esta institución.

Para obtener el nombre de un representante local del Programa del Ombudsman de atención médica a largo plazo de Illinois en su comunidad, puede llamar a la línea de ayuda del Departamento de Asuntos de la Vejez de Illinois al número gratuito **800-252-8966** o escribir a: Illinois Department on Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL 62702-1271.

La agencia responsable para la protección y defensa de las personas con discapacidades de desarrollo o enfermedades mentales es Equip for Equality, Inc.:

20 N. Michigan Ave., Suite 300, Chicago, IL 60602, 312-341-0022, (voz) 800-537-2632, (TTY) 800-610-2779, (fax) 312-341-0295

1617 Second Ave., Suite 210, P.O. Box 3753, Rock Island, IL 61204, 309-786-6868, (voz) 800-758-6869, (TTY) 800-610-2779, (fax) 309-786-2393

235 S. Fifth St., P.O. Box 276, Springfield, IL 62705, 217-544-0464, (voz) 800-758-0464, (TTY) 800-610-2779, (fax) 217-523-0720

La fecha efectiva de traslado o desalojo es el _____ de 20 _____. La persona que supervisará su traslado o desalojo es:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____



Aviso de traslado o desalojo involuntario y oportunidad de audiencia para residentes de asilo de cuidado para ancianos y convalecientes (para obtener formularios de centros de vida asistida, visite www.dph.illinois.gov)

DERECHOS DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a apelar el aviso de traslado o desalojo involuntario, sin importar que la institución esté bajo las regulaciones de leyes federales o estatales.

Si usted cree que no debería marcharse de esta institución, puede presentar una solicitud de audiencia ante el Departamento de Salud Pública de Illinois dentro de los 10 días después de haber recibido este aviso.

Si solicita una audiencia, se llevará a cabo a más tardar 10 días después de su solicitud y, por lo general, no será transferido ni desalojado durante ese tiempo. Si la decisión posterior a la audiencia no es a su favor, por lo general no será transferido ni desalojado antes de 30 días posteriores a la recepción del aviso de traslado o desalojo involuntario.

Se adjunta un formulario para apelar la decisión de la institución. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Salud Pública de Illinois al 217-782-4977. Su llamada será dirigida a la persona apropiada.

Se colocó una copia de este aviso en su expediente clínico y se transmitió una copia al Departamento de Salud Pública de Illinois, a usted, al programa Ombudsman del Departamento de Asuntos de la Vejez, a su representante o a un familiar y, al Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias si su atención médica está pagada, en su totalidad o en parte, según el Título XIX.

_____ de _____ de 20 ____.

Firma del agente de la institución _____

Cargo del agente _____

Fecha _____

Nombre del abogado de la institución _____

Dirección del abogado _____

Número de teléfono del abogado _____

Envíe este formulario a:

Illinois Department of Public Health
Hearings Review Office
535 W. Jefferson St., 5th Floor
Springfield, IL 62761

o por fax al: 217-557-3497

o por correo electrónico a: DPH.AdminHearings@illinois.gov



Solicitud de audiencia por traslado o desalojo involuntario

INSTRUCCIONES

Si desea apelar el traslado o desalojo involuntario que se propone, por favor complete este formulario y envíelo a: **Illinois Department of Public Health, Division of Administrative Hearing Review, 535 W. Jefferson St., 5th Floor, Springfield, IL, o por correo electrónico a: DPH.AdminHearings@illinois.gov; o por fax al: 217-557-3497** dentro de los 10 días después de haber recibido el aviso de traslado o desalojo involuntario.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre de la institución		Dirección	
Condado	Número de teléfono	Número de fax	Fecha de notificación al residente
DATOS DEL RESIDENTE			
Nombre del residente	Fecha de nacimiento del residente	Nombre del representante	
Dirección del representante		Número de teléfono del representante	

Yo solicito una audiencia, dentro de los 10 días posteriores a la recepción de esta solicitud por parte del Departamento de Salud Pública de Illinois, para apelar el aviso de traslado o desalojo involuntario recibido por

_____ el _____ de 20_____.

Firma de la persona que solicita la audiencia _____

Relación con el residente _____

Fecha _____

Nombre del abogado del residente _____

Dirección del abogado _____

Número de teléfono del abogado _____