



Aviso de Traslado o Desalojo Involuntario y Oportunidad de Audiencia para Residentes de Asilo de Cuidado de Ancianos y Convalecientes

(para formularios para residentes de vivienda con ayuda parcial, visite www.idph.state.il.us)

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre de institución _____		Dirección _____	
Condado _____	Número de teléfono _____	Número de fax _____	Fecha de aviso al residente _____
INFORMACIÓN DEL RESIDENTE			
Nombre de residente _____		Fecha de nacimiento _____	Representante del residente _____
Dirección del representante _____		Número de teléfono del representante _____	

PROCEDENCIA FEDERAL **PROCEDENCIA ESTATAL** **TRASLADO DE EMERGENCIA** Si No

PROCEDENCIA FEDERAL. Esta institución admite residentes con pagos privados, Medicare, Medicaid y está certificada federal con licencia estatal o esta institución admite residentes solamente con Medicare, Medicaid y está con fondos federales. **Esta institución busca su traslado o desalojo** bajo regulaciones de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud para los estados e instituciones de largo plazo. 42 CFR 483.12 (“regulaciones federales”) Como está escrito en su expediente médico de acuerdo en la Sección 483.12 (a) (4) de las regulaciones federales, la razón que se propone el traslado o desalojo es por lo siguiente:

- su bienestar y necesidades no se pueden lograr en esta institución, como está escrito en su expediente médico por su doctor de acuerdo en la Sección 483.12 (a) (2) (i);
- su salud ha mejorado lo suficiente y ya no necesita los servicios que provee esta institución, como está escrito en el expediente médico por su doctor, 483.12 (a) (2) (ii);
- la seguridad de las personas en esta institución está en riesgo, 483.12 (a) (2) (iii);
- la salud de las personas en la institución se pondría de otra manera en riesgo, como ha sido notado en el expediente médico por su doctor, 483.12 (a) (2) (iv);
- usted ha fallado, después de habersele notificado razonable y apropiadamente a pagar por su estadía en esta institución, 483.12 (a) (2) (v); o
- esta institución suspende sus operaciones, 483.12 (a) (2) (vi).

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

Institución/Persona _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ejecutando el código de la Sección 483.12 (a) (7) de las regulaciones federales, esta institución proveerá preparación y orientación suficiente para asegurarle su traslado o desalojo en forma segura y ordenada de esta institución.



Aviso de Traslado o Desalojo Involuntario y Oportunidad de Audiencia para Residentes de Asilo de Cuidado de Ancianos y Convalecientes

(para formularios para residentes de vivienda con ayuda parcial, visite www.idph.state.il.us)

PROCEDENCIA ESTATAL. Esta institución admite residentes con pagos-privados y solo tiene cobertura de licencia-estatal. **Esta institución busca su desalojo o traslado** ejecutando el código de "Nursing Home Care Act, 210 ILCS 45/1-101, et-seq., ("ley estatal"). Usted será responsable de adquirir su albergue y cuidados médico. Usted puede buscar asistencia del Departamento de Salud Pública del Estado de Illinois, incluyendo información para una alternativa de alojamiento.

Como ya se discutió con _____ el, _____ 20__ y como está documentado en su expediente médico ejecutándole el código de la sección 3-408 de la ley del Estado, el motivo de esta proposición de traslado o desalojo es por:

- razones médicas, 210 ILCS 45/3-401 (a);
- su seguridad física, 210 ILCS 45/3-401 (b);
- la seguridad física de otros residentes, empleados de la institución o visitantes, 210 ILCS 45/3-401 (c); o
- pago atrasado, o sin ningún pago por su estadía, 210 ILCS 45/3-401 (d).

El partícipe responsable, _____, tiene el derecho de pagar la cantidad completa de la factura hasta el día del traslado o debe hacerse desalojo y así usted tiene el derecho a quedarse en la institución.

Para obtener el nombre del representante local de Illinois Long-term Care Program/Programa de cuidado de larga duración de Illinois en su comunidad, usted puede comunicarse por medio de la línea de ayuda gratuita del Departamento sobre el Envejecimiento al: 800-252-8966 o escriba al Departamento sobre Envejecimiento de Illinois/Illinois Department of Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL 62702-1271.

La agencia responsable por la protección y abogacía de individuos con discapacidades de desarrollo y enfermedades mentales es Equip for Equality, Inc.:

20 N. Michigan Ave., Suite 300, Chicago, IL 60602, 312-341-0022 Se Habla Español ASL, 800-537-2632 (Voz), 800-610-2779 (TTY), 312-341-0295 (Fax)

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

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

La fecha vigente propuesta para el traslado o desalojo es la siguiente _____, 20___. La persona que supervisará su traslado o desalojo es la siguiente:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____



Aviso de Traslado o Desalojo Involuntario y Oportunidad de Audiencia para Residentes de Asilo de Cuidado de Ancianos y Convalecientes

(para formularios para residentes de vivienda con ayuda parcial, visite www.idph.state.il.us)

DERECHOS DE APELACIÓN

Usted tiene el derecho de apelar la decisión de esta institución para su traslado o desalojo, sin importar que la institución esté bajo ley de regulaciones federales o estatales.

Si usted piensa que no debe marcharse de esta institución, usted puede pedir un expediente para una audiencia con el Departamento de Salud Pública del Estado de Illinois, dentro de (10) días después de haber recibido este aviso.

Si usted pide una audiencia, se llevará acabo sin tardarse mas de (10) días después de su solicitud, y por lo general no será trasladado o desalojado durante ese tiempo. Si la decisión después de la audiencia no es en su favor, generalmente usted no será trasladado o desalojado antes de (30) días de la expiración, siguiendo el aviso original de Traslado o Desalojo.

Una forma de apelación a esta decisión está adjunta a este documento. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Salud Pública del Estado de Illinois al siguiente teléfono: 217-782-4977. Su llamada será transferida al representante apropiado.

Una copia de este aviso fue archivado en su expediente médico y una copia se ha transferido al Departamento de Salud Pública, a usted, a la agencia Long-Term Care Ombudsman/Programa de cuidado de larga duración de Illinois, a su representante, a un miembro de familia autorizado, por el Titulo XIX, del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para la Familia, el

día ____ mes _____, 20__.

Firma del agente de la institución _____

Título de agente _____

Fecha _____

Nombre del abogado de la institución _____

Dirección del abogado _____

Número de teléfono del abogado _____

Envie este formulario a:

Illinois Department of Public Health o Por fax: 217-557-3497
Hearings Review Office
535 W. Jefferson St., 5th Floor
Springfield, IL 62761



Aviso de Traslado o Desalojo Involuntario - Solicitud de Audiencia

INSTRUCCIONES

Si usted desea protestar la propuesta de Desalojo o Traslado Involuntario, por favor llene este formulario y envíelo por correo, en el sobre con franqueo pagado provisto por la institución, con el Aviso de Desalojo o Traslado Involuntario. Envíe los documentos a la siguiente dirección: Illinois Department of Public Health, Hearing Review Office, 535 W. Jefferson St., Springfield, IL 62761 durante los diez (10) días posteriores al recibo del Aviso de Desalojo o Traslado Involuntario. También puede enviar este formulario por fax a Illinois Department of Public Health, Atención: Hearings Review Office, número de fax: 217-557-3497.

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre de institución _____	Dirección _____		
Condado _____	Número de teléfono _____	Número de fax _____	Fecha de aviso al residente _____
INFORMACIÓN DEL RESIDENTE			
Nombre de residente _____	Fecha de nacimiento _____	Representante del residente _____	
Dirección del representante _____		Número de teléfono del representante _____	

Yo pido una audiencia, durante los diez (10) días posteriores al recibo de esta petición del Departamento de Salud Pública, para protestar el Aviso de Traslado o Desalojo Involuntario recibido por:

_____ el _____, 20____.

Firma de la persona pidiendo audiencia _____

Relación con el residente _____

Fecha _____

Nombre del abogado del residente _____

Dirección del abogado _____

Número de teléfono del abogado _____