

Guía para Presentar Quejas sobre los Servicios de Intervención Temprana

¿Qué es la Intervención Temprana (EI)?

Su hijo(a) puede recibir terapia si es menor de tres años y necesita ayuda para caminar, hablar, aprender, moverse o comportarse. A veces, los niños con exposición a plomo o con un caso del DCFS pueden calificar automáticamente. Existen plazos para obtener los servicios de EI, con el objetivo de que su hijo(a) reciba rápidamente la terapia que necesita. Si no se cumplen dichos plazos, usted puede presentar una queja.

¿Cuáles son los plazos de los servicios de EI?

- Devolver su llamada dentro de los **2** días hábiles,
- Evaluar a su hijo(a) en forma gratuita y presentarle a usted un plan dentro de los **45** días, *o bien*
- Brindarle los servicios a su hijo(a) dentro de los **30** días posteriores a su aceptación del plan.

Si no se cumplen estos plazos, usted puede tratar de comunicarse con su oficina de Child and Family Connections o con su coordinador de servicios para solucionar el problema.

¿Qué es una queja y por qué presentarla?

Si usted no recibe una respuesta, debe presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Illinois para que el DHS esté al tanto del problema y pueda ayudar a **solucionarlo obteniendo los servicios en forma más rápida y/o consiguiendo servicios adicionales para su hijo(a) con el objetivo de compensar los servicios que su hijo(a) no recibió.**

¿Qué sucede cuando presento una queja?

El DHS investigará el problema, podría hacerle algunas preguntas y se pondrá en contacto con usted para comunicarle su decisión dentro de los 60 días.

¿Cómo presento una queja de EI?

- Complete el formulario de Quejas ante el Estado.
- Podrá encontrar la información de contacto de su oficina de Child and Family Connections aquí: <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&officetype=4>
- Junto con su queja, se recomienda adjuntar una copia de la referencia que el médico de su hijo(a) o los proveedores de servicios de la primera infancia enviaron a Intervención Temprana.
- Conserve una copia de la queja.
- Envíe copias de la queja por correo postal (certificado) a **estas dos** organizaciones:

1) Departamentode Servicios Humanos de Illinois
Illinois Dept. of Human Services
Bureau of Early Intervention
823 East Monroe
Springfield, IL 62701

2) Su oficina de Child and Family Connections (busque la dirección aquí: <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&officetype=4>)

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Llame a Equip for Equality para obtener asesoramiento legal gratuito:

1-866-KIDS-046

(1-866-543-7046)

SpecialEd@equipforequality.org

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE QUEJA ANTE EL ESTADO

[Encuentra su CFC](#)

Envíe una copia del formulario completo a las dos direcciones que figuran a continuación:

1) Chief Illinois Dept. of Human Services Bureau of Early Intervention 823 East Monroe Springfield, IL 62701	2) Ingrese a continuación la información de Child & Family Connections (CFC)(CFC) del niño(a): CFC #: _____ Nombre de CFC _____ Dirección de CFC _____ Ciudad, Estado, Código Postal de CFC _____
--	---

Por medio del presente documento, presento una queja porque considero que el(los) proveedor(es) mencionado(s) a continuación ha(n) contravenido las disposiciones de la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA). Deseo que el Departamento de Servicios Humanos de Illinois investigue esta situación y ordene medidas correctivas. Se ha enviado una copia a la agencia o proveedor que se menciona en la Sección 3.

Sección 1: Información sobre el(la) Niño(a) y la Familia

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño(a) _____
Fecha de nacimiento del niño(a) (Mes/Día/Año) _____ Número de teléfono _____
Nombre(s) del padre/madre/tutor legal/responsable sustituto(s) _____
Dirección _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____ Idioma principal _____

Sección 2: Información sobre la persona que presenta una queja ante el estado

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____ Número de teléfono _____

Sección 3: Agencia(s) de prestación de servicios y/o proveedor(es) que ha(n) contravenido las disposiciones del Programa de Intervención Temprana (adjunte hojas adicionales, según sea necesario)

Nombre 1 _____
Dirección _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____ Número de teléfono _____

Nombre 2 _____
Dirección _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____ Número de teléfono _____

Sección 4: La naturaleza de la contravención, incluyendo datos específicos (continúa en la página siguiente):

Mi hijo(a) tiene [X] meses. Mi hijo(a) fue referido(a) a Servicios de Intervención Temprana el [DATE] por [doctor, guardería, padre/madre]. Desde entonces, el servicio de Intervención Temprana no ha (marque lo que corresponda):

- Devuelto mi llamada desde el [FECHA]
- Evaluado a mi hijo(a) después de haber dado mi consentimiento para una evaluación el [DATE]
- Provisto los servicios del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) de mi hijo(a) después de haberlo aceptado el [FECHA]
- Considerado a mi hijo(a) elegible a pesar de que [agregue aquí la razón por la que el(la) niño(a) debería ser elegible]

Sección 4: (Cont.) - La naturaleza de la contravención, incluyendo datos específicos. Adjunte hojas adicionales de la Sección 4, si es necesario):

[Enumere y adjunte una copia de todo lo que usted haya intentado hacer para lograr obtener los servicios de Intervención Temprana para su hijo(a), tales como llamadas o correos electrónicos, etc.].

Sección 5: Solución requerida o resolución propuesta (adjunte hojas adicionales, si es necesario):

Le pido al programa de Intervención Temprana que:

- Devuelva mi llamada
- Evalúe a mi hijo(a)
- Brinde servicios de Intervención Temprana a mi hijo(a)
- Me reintegre el dinero que gasté en servicios privados que deberían haber sido proporcionados por el programa de Intervención Temprana

También solicito que el programa de Intervención Temprana le proporcione a mi hijo(a) servicios adicionales (compensatorios) por aquellos servicios que mi hijo no llegó a recibir.

Adjunte los materiales que respalden su queja, la solicitud y la solución propuesta.

Entiendo que, al solicitar la investigación de la queja, por la presente estoy autorizando la divulgación de toda la información que sea necesaria para investigar el(los) problema(s). También entiendo que el personal de la Oficina de Intervención Temprana del Departamento de Servicios Humanos investigará mi queja y tomará una determinación en cuanto a las medidas correctivas que puedan ser necesarias, y me notificará al respecto. **Certifico que he enviado una copia de esta queja a la agencia o proveedor que se menciona en la Sección 3.**

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____ Número de teléfono _____

De conformidad con las disposiciones de la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y las Discapacidades del Desarrollo de Illinois, la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, 20 USC 1232g, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, la información recopilada en virtud del presente documento no puede volver a divulgarse nuevamente a menos que la persona que ha dado su consentimiento para esta divulgación brinde su consentimiento expreso para dicha nueva divulgación, o bien, la nueva divulgación esté permitida por la ley.