

# Quejas sobre los Servicios de Intervención Temprana: Guía para las Familias

**Puede presentar una queja sobre los servicios de intervención temprana (EI) si su hijo(a) no está recibiendo servicios para cualquier área en la que debería recibirlos. Esto puede ayudar a obtener servicios más rápido y/u obtener servicios adicionales para compensar los servicios perdidos.**

## ¿Cuándo debería usted pensar en presentar una queja?

Debería considerar presentar una queja si:

- Su hijo(a) no está recibiendo servicios en cualquier área en la que debería recibirlos, y/o
- No se cumple algún plazo de EI (ver a continuación).

## ¿Cuáles son los plazos de los servicios de EI?

- En un plazo de **2 días hábiles** después de que el médico de su hijo(a) (u otro profesional) lo derive, una persona de la agencia Child and Family Connections (CFC) que trabaja en su condado (consulte la lista [aquí](#)), debe llamarlo para programar una reunión.
- Dentro de los **45 días calendario** siguientes a que usted lo autorice, la CFC debe programar **pruebas** y hacer un **plan** que incluya los servicios que recibirá su hijo (llamado **IFSP**).
- Dentro de **30 días calendario** después de obtener un IFSP y el consentimiento para los servicios, la CFC debe asegurarse de que los servicios comiencen.

Si no se cumplen estos plazos, puede llamar a su coordinador de servicios/CFC para solucionar el problema. Si eso no funciona, debe presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS). Debe presentar su queja en el plazo de **un año** desde la fecha del problema.

## ¿Por qué presentar una queja?

Su queja permitirá que el DHS conozca el problema para que puedan ayudarlo de la siguiente manera:

- **Lograr que su hijo(a) reciba servicios más rápidamente y/u**
- **Obtener servicios adicionales para compensar los servicios que su hijo(a) perdió.**

El DHS investigará el problema y deberá comunicarse con usted con una decisión dentro de los 60 días calendario.

## ¿Cómo presento una queja sobre los servicios de EI?

- Complete la plantilla de Queja Estatal en las siguientes páginas con su información.
- Encuentre la información de contacto de Child and Family Connections aquí: <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&officetype=4>
- Es útil enviar copias de cualquier documentación que tenga sobre los servicios de EI junto con su queja, así como la derivación del médico de su hijo(a), las evaluaciones de su hijo(a) y/o el plan de servicios de su hijo(a) (IFSP). La Oficina de EI y su CFC deben entregarle una copia de los registros de EI de su hijo dentro de los 10 días calendario de pedirlos.
- Guarde una copia de la queja.
- Envíe por correo postal (por correo certificado o fax, si es posible) copias de la queja a los dos lugares siguientes:

<b>1. Departamento de Servicios Humanos de Illinois</b>	<b>2. Su oficina de Child and Family Connections</b>
Illinois Dept. of Human Services, EI Bureau 823 East Monroe Springfield, IL 62701 Teléfono: (217) 782-1981 Fax: (217) 524-6248	Puede buscar la información de contacto de su CFC aquí: <a href="https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&amp;officetype=4">https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&amp;officetype=4</a>

- Llame al DHS y a su CFC para asegurarse de que hayan recibido una copia de su queja.

## ¿Necesita ayuda para presentar la queja o tiene preguntas sobre sus derechos?

Llame a Equip for Equality para obtener ayuda legal gratuita:

1-866-KIDS-046 (1-866-543-7046)

[SpecialEd@equipforequality.org](mailto:SpecialEd@equipforequality.org)

## SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE QUEJA ESTATAL

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

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

Por la presente presento una queja porque creo que los proveedores a continuación violaron las disposiciones de la Parte C de la Ley para Individuos con Discapacidades (IDEA). Deseo que el Departamento de Servicios Humanos de Illinois investigue esta situación e imponga medidas correctivas. Se ha enviado una copia a la agencia o al proveedor indicado en la Sección 3.

### Sección 1: Información sobre el 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 del padre, tutor o representante legal \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_ Idioma materno \_\_\_\_\_

### Sección 2: Información sobre la persona que presenta la queja estatal

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Sección 3: Agencia(s) de prestación de servicios y/o proveedor(es) que violaron las disposiciones del Programa de intervención temprana (adjunte páginas 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: CONTINUACIÓN – La naturaleza de la violación, incluidos hechos específicos.

Consulte las páginas adjuntas.

Sección 4: CONTINUACIÓN – La naturaleza de la violación, incluidos hechos específicos. Adjunte páginas adicionales de la Sección 4 si es necesario:

Consulte las páginas adjuntas.

Sección 5: Solución solicitada o resolución propuesta (adjunte páginas adicionales si es necesario)

Consulte las páginas adjuntas.

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

Entiendo que, al solicitar una investigación de la queja, autorizo la divulgación de información según sea necesario 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 sobre las medidas correctivas que puedan ser necesarias y me informará el resultado. Verifico que he enviado una copia de esta queja a la agencia o proveedor indicado en la Sección 3.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Según las disposiciones de la Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y Salud Mental de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, la información recopilada en virtud del presente documento no puede volver a divulgarse 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.



