

**NOTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA REVISIÓN INTERNA**

DCF-2212

7/2015 (Revisado)



Nombre:	Apellido:	Fecha	
Dirección: (N.º y calle):		Apartamento:	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) N.º:
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha(s) del informe:

Nombre del menor	Acusación	La revisión de la conclusión de la acusación es:	Estado de la acusación:	¿Incluida en el Registro Central?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Como usted lo solicitó, se llevó a cabo una revisión interna en relación con la fundamentación de la(s) acusación(es) enumeradas anteriormente.

Si todas las acusaciones están marcadas como “sin fundamento”, usted no necesita hacer nada. Usted ya no aparece como autor de abuso o negligencia en nuestro sistema.

Si alguna acusación está marcada como “fundamentada”, usted puede apelar la decisión escribiendo a:

Administrative Hearing Unit  
 Department of Children and Families  
 505 Hudson Street  
 Hartford, CT 06106

Su solicitud debe ser presentada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de este aviso.

Atentamente,

Nombre del Supervisor:

---

Firma del Supervisor:

---