

**SOLICITUD DE VISTA IMPARCIAL
PARA TRASLADO O DADA DE ALTA DE UN HOGAR DE ANCIANOS
Anexo al Aviso de Traslado y Dada de Alta de un Hogar de Ancianos**

Complete este formulario si el residente está en desacuerdo con la dada de alta o el traslado y desea solicitar una Vista Imparcial con respecto a la decisión. Toda la información debe **ser completada**. **Por favor escriba** en letra de imprenta (**molde**).

NOMBRE DEL HOGAR DE ANCIANOS: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CÓDIGO DE ÁREA/TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____

VISTA SOLICITADA PARA: _____
(Nombre del Residente)

REPRESENTANTE DEL RESIDENTE: _____
(Si corresponde)

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL RESIDENTE: _____

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CÓDIGO DE ÁREA/TELÉFONO DEL REPRESENTANTE: (____) _____

**ESTOY EN DESACUERDO CON EL TRASLADO O DADA DE ALTA DEBIDO A LAS SIGUIENTES
RAZONES:** _____

(Use una hoja adicional, de ser necesario)

Firma del Residente o Representante

Nombre en letra de imprenta

Fecha

COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO O POR FAX A:

Department of Children and Families

Office of Appeal Hearings

2415 North Monroe Street

Suite I, Room 129

Tallahassee, Florida 32303-4190

Número de teléfono: (850) 488-1429

FAX: (850) 487-0662

Email: appeal.hearings@myflfamilies.com