

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 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.
- Una vez que llene el formulario, deberá
 - 1) Enviarlo por correo electrónico al IDHS. Para reclamos, envíelo al DHS.Elquestions@illinois.gov. Para mediación o debido proceso, envíelo al DHS.BAH@illinois.gov y una copia al DHS.Elquestions@illinois.edu; **O**
 - 2) Imprimirlo y enviarlo por correo postal al IDHS y a la CFC. Envíe el formulario al correo certificado para tener un comprobante de envío.
- 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

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.

Sección 4: CONTINUACIÓN – La naturaleza de la violación, incluidos hechos específicos.

Mi hijo(a) fue derivado(a) a servicios de intervención temprana el _____ por _____. Desde entonces, creo que se han producido las siguientes violaciones:

- ☐ La CFC no me ha devuelto la llamada desde entonces. _____
- ☐ Mi hijo(a) no ha sido evaluado(a) después de que di mi consentimiento para una evaluación _____
- ☐ Mi hijo(a) fue considerado(a) indebidamente no elegible para los servicios de EI
- ☐ Mi hijo(s) no ha recibido servicios en su Plan de Servicio Familiar Individualizado después de que di mi consentimiento para esos servicios. _____
- ☐ Mi hijo(a) dejó de recibir los servicios requeridos por su Plan de Servicio Familiar Individualizado a partir de _____

Detalles adicionales:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Este formulario fue elaborado por Equip for Equality y no por la Oficina de Intervención Temprana/Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

Sección 5: Se busca solución o se propone solución.

Solicito a la Oficina de Intervención Temprana que tome las siguientes medidas:

- ☐ Asegurar que mi CFC me devuelva la llamada lo antes posible
 - ☐ Evaluar a mi hijo(a) para los servicios y desarrollar un Plan de Servicio Familiar Individualizado lo antes posible
 - ☐ Reconsiderar la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir servicios bajo un Plan de Servicio Familiar Individualizado
 - ☐ Proporcionar los servicios requeridos por el Plan de Servicio Familiar Individualizado de mi hijo(a) lo antes posible
 - ☐ Proporcionar a mi hijo(a) servicios adicionales (compensatorios) para compensar las demoras que impidieron que mi hijo(a) recibiera los servicios que tenía derecho a recibir.
 - ☐ Reembólsese el costo (detalles a continuación) que pagué de mi bolsillo por servicios privados para compensar los servicios que El estaba obligado a proporcionarle a mi hijo(a) pero no lo hizo.

Detalles adicionales:

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, text, or other markings on the page.

Este formulario fue elaborado por Equip for Equality y no por la Oficina de Intervención Temprana/Departamento de Servicios Humanos de Illinois.