

SOLICITUD PARA AUDIENCIA DE REVISIÓN DE QUEJA

INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA (Proporcione la siguiente información)

Nombre del reclamante:	_____		
	padre de crianza; padre/tutor legal; miembro de familia extendida, sea pariente o no		
Dirección:	_____	Teléfono:	_____
Número de caso del niño:	_____		
Nombre del CSW (Trabajador social del niño):	_____	Teléfono:	_____
Oficina del Trabajador que le provee servicios:	_____	Dirección de oficina:	_____

QUEJA (Describa sus inquietudes. Adjunte más páginas si es necesario.)

ACCIÓN SOLICITADA (Describa cómo le gustaría que se resolviera la situación.)

FIRMA _____

FECHA _____

En el reverso de este formulario se encuentra una explicación del procedimiento de Revisión de la queja y las instrucciones para completarlo. Si tiene preguntas acerca del procedimiento de revisión de quejas favor de llamar a la línea telefónica para mas información al (833) 782-0173, o por fax al (213) 427-6154, o por correo electrónico a GRRequest@dcfs.lacounty.gov

PROCEDIMIENTOS DE DCFS PARA LA REVISIÓN DE QUEJAS

La División 31, Sección 020 del Manual de Políticas y Procedimientos (MPP) del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, CDSS) requiere un proceso de queja para revisar las denuncias realizadas por padres de crianza (lo cual incluye a cuidadores miembros de familia extendida, sean parientes o no, aprobados), padres legales, tutores legales y niños en relación con la colocación o el retiro/recolocación de un niño en un hogar de crianza temporal. El CDSS asimismo requiere que el Departamento de Servicios para niños y familias (DCFS) le proporcione a usted una copia de las regulaciones de los procedimientos de queja. El formulario DCFS 4161-I, Regulaciones de los procedimientos de queja del Departamento de Servicios Sociales de California, contiene el texto exacto de las regulaciones del estado de California.

Todos los temas se resolverán en el mejor interés del niño.

Si su queja está relacionada con el **retiro pendiente de un niño de crianza o un dependiente mayor de edad** de su hogar de crianza temporal, comuníquese con el Trabajador social del niño (Children's Social Worker, CSW) para comentarle sus inquietudes. Usted puede solicitar una Audiencia de revisión de queja si presenta un formulario DCFS 4161, Solicitud Para Audiencia de Revisión de Queja completo dentro de los **diez días calendario** a partir de la fecha que usted toma conocimiento de la acción en la cual se basa su queja. La Oficina de GARM debe recibir el formulario DCFS 4161 por lo menos **dos días calendario** antes de la fecha esperada en la que se retirará al niño de un hogar de crianza temporal.

Si su queja está relacionada con la **colocación de un niño de crianza o un dependiente mayor de edad** en su hogar, comuníquese con el trabajador social del niño para hablar e intentar resolver sus inquietudes. Para solicitar una Audiencia de Revisión de Queja; presente un formulario DCFS 4161 dentro de los **diez días calendario** a partir de la fecha en la que usted toma conocimiento de la acción en la cual se basa su queja a la oficina de GARM.

SI GUSTA PRESENTAR LA SOLICITUD DCFS 4161 POR FAX O CORREO ELECTRONICO, LO PUEDE HACER AL CORREO ELECTRONICO GRRequest@dcfs.lacounty.gov O FAX (213) 427-6154

O COMO ALTERNATIVA PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD ORIGINAL DCFS 4161 POR CORREO O EN PERSONA DURANTE LAS HORAS DE NEGOCIOS DE LUNES A VIERNES A LA OFICINA DE GARM:

GARM Bureau Liaison
425 Shatto Place, 6th Floor
Los Angeles, CA 90020

GUARDE UNA COPIA DE LA SOLICITUD DCFS 4161 PARA SU ARCHIVO

Recibirá una notificación escrita de la Audiencia de Revisión de Quejas por correo certificado dentro de los cinco (5) días anteriores a la audiencia (formulario DCFS 4161-N, Revisión de quejas: Aviso de audiencia). El Aviso le informará la fecha, hora y lugar de la audiencia. Puede ir con un representante a la audiencia. Si desea autorizarle a su representante la divulgación de información, debe completar el formulario DCFS 4161-R, Revisión de quejas: Acuerdo de Representación y entregarlo al trabajador social del niño. En la audiencia, el Agente Revisor requerirá que su representante firme un formulario DCFS 4161-C, Revisión de Quejas: Declaración de Confidencialidad del Representante y, el formulario DCFS 4161-R si no estuviera ya en el archivo.

Puede obtener formas adicionales por medio del trabajador social del niño o por petición a la Oficina de GARM por medio del correo electrónico GRRequest@dcfs.lacounty.gov

Lista de formas pertinentes:

DCFS 4161, Solicitud para Audiencia de Revisión de Queja

DCFS 4161-I, Regulaciones de los procedimientos de quejas del Departamento de Servicios Sociales de California

DCFS 4161-R, Revisión de Quejas: Acuerdo de representación

Si necesita asistencia para completar su solicitud o tiene preguntas acerca del procedimiento de revisión de quejas favor de llamar a la línea telefónica de información al (833) 782-0173 o por fax al (213) 427-6154 o por correo electrónico a GRRequest@dcfs.lacounty.gov