

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades
Servicios del Desarrollo

Programa de Preservación Familiar
Formulario de solicitud de la apelación

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Regional del
Desierto
7150 Pollock Drive
Las Vegas, NV 89119
Teléfono: (702) 486-7850
Fax: (702) 486-5855 | <input type="checkbox"/> Centro Regional Rural
1550 E. College Parkway
Carson City, NV 89706
Teléfono: (775) 687-5162
Fax: (775) 687-1001 | <input type="checkbox"/> Centro Regional Sierra
10375 Professional Circle
Reno, NV 89521
Teléfono: (775) 687-2600
Fax: (775) 688-1947 |
|--|---|---|

(Nombre de la persona asistida/tutor)

(Fecha de apelación)

(Dirección postal)

(Ciudad, estado, código postal)

Hola:

Se denegó mi _____ del Programa de Preservación Familiar (FPP). La fecha de la notificación de la denegación es:

- Solicito el análisis de la decisión. Sé que esta solicitud de apelación se debe entregar al coordinador de servicios en el plazo de **15 días hábiles** desde la fecha de la denegación. Considero que (seleccione todas las opciones que correspondan):
 - Los ingresos del hogar son inferiores al 300% del nivel federal de pobreza. Junto con esta carta presento información de respaldo.
 - Junto con esta carta presento información complementaria para respaldar un diagnóstico que cumple con los requisitos.
 - Un miembro de la familia que vive en la misma casa ya no es un empleado pagado para la persona atendida.
 - La persona atendida vive en casa conmigo o con un familiar.
- Entiendo que el programa tiene **30 días calendario** desde la fecha en que reciben esta solicitud para brindarme una respuesta.

(Firma o marca del solicitante)

(Fecha de la firma)

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades
Servicios del Desarrollo

Programa de Preservación Familiar
Formulario de solicitud de la apelación

Para uso del personal

El coordinador de servicios debe enviar esta solicitud de apelación a la oficina del FPP para su análisis.

Nombre y apellido del coordinador de servicios

(Firma del SC)

(Fecha de la firma)

Oficina del FPP:

Nombre y apellido de la persona que lo recibió:

Fecha de recepción: