

CUESTIONARIO

Nombre completo de la persona solicitando la revisión:

Dirección (incluyendo # apt.): _____
Ciudad, Estado, Zip: _____ Teléfono: _____
Email: _____ Fecha de nacimiento: _____

INSTRUCCIONES

USTED ESTÁ SOLICITANDO QUE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS (DCFS EN INGLÉS) REVISE SU DECISIÓN DE INDICARLE POR LA ALEGACIÓN #74, "SUPERVISIÓN INADECUADA." PARA PODER LLEVAR ESTA REVISIÓN A CABO, POR FAVOR ENFOQUE SU ATENCIÓN EN EL INCIDENTE O SERIE DE EVENTOS QUE DERIVÓ EN QUE LA LÍNEA DIRECTA DECLARASE SU SUPERVISIÓN INADECUADA DE UNO O MÁS MENORES DE EDAD. POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LO MEJOR QUE PUEDA. SI NO SABE LA RESPUESTA, PUEDE DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

Por favor indique la fecha aproximada del o los incidentes. Si no puede recordarla, indique el mes, estación y/o año aproximado: _____

Número del Registro Central del Estado (SCR en inglés) de la investigación del DCFS (si lo conoce): _____

Por favor indique los nombres de los menores involucrados en el o los incidentes y sus edades al momento del o los incidentes: _____

Por favor indique cuánto tiempo piensa que cada menor fue presuntamente dejado sin supervisión o con supervisión inadecuada: _____

¿Qué hora era ese día? Si no sabe indique la hora aproximada: _____

¿Alguno de los menores posee una discapacidad cognitiva? Si es así, por favor explique:

¿El incidente involucró uno o más menores dejados sin supervisión dentro de un auto?

Si el incidente involucró uno o más menores dejados sin supervisión dentro de un auto o afuera, ¿cómo estaba el clima y/o cuál era la temperatura aproximada? _____

Si el incidente no involucró a un niño en un automóvil, ¿dónde (o tipo de lugar) se dejó al niño desatendido? _____

¿Dónde estaba la persona más cercana a cargo de los niños?: _____

¿Hubo circunstancias que le hicieran creer que el o la menor estaba seguro(a) y bajo supervisión apropiada?: _____

¿Algún menor sufrió heridas como consecuencia del incidente? Si así es, por favor explique: _____

¿Algún menor expresó tener miedo de las circunstancias en que fue dejado(a) solo(a)? Si es así, por favor explique: _____

¿Fue sujeto de un proceso en un tribunal criminal o juvenil que haya resultado en una condena penal o veredicto inapelable por abuso o negligencia en su contra como resultado del mismo incidente de presunta supervisión inadecuada? _____ Si es así, escriba el número de caso: _____ Si no es así, pero si fue sujeto de un caso en un tribunal criminal o juvenil que fue resuelto en su favor, por favor entregue una copia de la(s) orden(es) definitiva(s) y de cualquier otro documento relevante.

Narración (por favor describa los eventos y circunstancias alrededor del incidente incluyendo por qué usted cree que sus acciones no violaron el deber de cuidado que usted tenía hacia el o los menores involucrados o por qué usted no cree que los menores fueron supervisados inadecuadamente. (Adjunte hojas extra si es necesario): _____

¿Desea recibir una copia de su archivo de investigación del DCFS completo (con redacciones limitadas como sea autorizado por la ley estatal) con el propósito de presentar información adicional? Sí _____ No _____

Si marcó "sí", se le enviará el archivo por email dentro de 45 días de recibido este cuestionario por la DCFS. Si no incluyó un email, se le enviará su archivo por correo postal a la dirección incluida en este cuestionario.

Por favor señale si está adjuntando documentos o información (relevante para la investigación y el veredicto indicado en la Alegación 74) con este cuestionario que quisiera que el DCFS considere durante la revisión de su caso:

Sí, he adjuntado documentos/información relevante: _____ No, no esta vez: _____

Por favor envíe el cuestionario completado y cualquier documento adjunto a esta dirección:

Attn: Nicole P. Special Review
c/o D. Frevert
DCFS Division of Child Protection
4500 S. 6th Street Rd.
Springfield, IL 62703

Por favor note que si arriba solicitó una copia de su archivo de investigación completo, tendrá otra oportunidad de presentar documentos o información adicional relevantes dentro de 45 días a partir de la fecha en que el DCFS envíe el archivo por email. Esta información debe ser enviada a la misma dirección señalada inmediatamente arriba.