

NOTICE OF ACTION

Form CD-7617, (Rev. 8/14)

1. Aviso de resolución (Completar 1.A. o 1.B.)

1.A. Solicitud de servicios

Servicios aprobados que comenzarán: _____
Fecha

Servicios denegados

Si apela, debe presentarla antes del: _____
Fecha

(Nota: las instrucciones para la apelación se encuentran en el reverso.)

1.B. Destinatario de los servicios

- Cambio de servicio
- Finalización del servicio
- Finalización del servicio por cargos adeudados

Fecha de vigencia de la resolución: _____

Si realiza una apelación, debe presentarla antes del: _____

2. Distribución del aviso

Aviso entregado al padre/madre/
cuidador(a)

Iniciales del destinatario: _____

Aviso enviado por correo:

Primera clase

Otro: _____

Fecha de entrega o envío por correo del
aviso:

N.º de control

***3. Información del padre/madre/cuidador(a)**

Padre/madre/cuidador(a) A

Domicilio

Padre/madre/cuidador(a) B

Ciudad

Código postal

Teléfono

***4. Servicios de cuidado infantil aprobados** (complete toda la información de los menores de edad aprobados para recibir los servicios.)

Nombre(s) de los menores que reciben los servicios	Código del programa		Escriba las horas aprobadas de inscripción							
			Dom.	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	
		Escuela	X	4	4	4	4	4	4	X
		Vacaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
		Escuela	X	4	4	4	4	4	4	X
		Vacaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
		Escuela	X	4	4	4	4	4	4	X
		Vacaciones	X	X	X	X	X	X	X	X
		Escuela	X	4	4	4	4	4	4	X
		Vacaciones	X	X	X	X	X	X	X	X

Cargo Familiar Mensual

Cargo Tiempo Completo:

Cargo Tiempo Parcial:

5. Normas para la elegibilidad de la familia para recibir los servicios

- Destinatario de los servicios de protección infantil
- Destinatario actual de la ayuda
- Niños que han sido identificados en riesgo de maltrato, abandono o explotación
- Ingresos elegibles (programa de pagos de la familia o límite de ingresos de referencia para la admisión en programas de educación preescolar estatal).
- Sin hogar

6. Normas de necesidad familiar para recibir los servicios

(Esta sección no se aplica a los programas de educación preescolar estatales [CSPP])

- Destinatario de los servicios de protección infantil
- Niños que han sido identificados en riesgo de maltrato, abandono o explotación
- En busca de vivienda permanente
- Participa en capacitación/educación vocacional
- Empleado o en busca de empleo
- Padre(s) discapacitado(s)

7. Motivo de la resolución: Describa los motivos específicos por los cuales se negaron, modificaron o finalizaron los servicios.

8. Nombre de la agencia PACIFIC PRESCHOOL

9. Nombre/Cargo del representante de la agencia ERIC GROSS

10. Firma del representante de la agencia _____

La agencia debe completar la información al reverso antes de que se emita el Aviso de Resolución.

NOTICE OF ACTION

CD-7617 (Rev.8/14) (REVERSE)

Información de la apelación: Si no está de acuerdo con la resolución de la agencia como se establece en el Aviso de Resolución, puede apelar la resolución. Para proteger sus derechos de apelación, debe seguir las instrucciones que se describen en cada uno de los siguientes pasos. Si no responde antes de las fechas de vencimiento exigidas o si no presenta la información de apelación requerida con su solicitud de apelación, puede considerarse que usted ha desistido de la apelación.

PASO 1: Complete la siguiente información de apelación para solicitar una audiencia local:

Nombre del padre/madre/cuidador(a)		N.º de teléfono	
Domicilio		Ciudad	Código postal
En esta sección, explique el motivo de desacuerdo con la resolución de la agencia.			
Marque la casilla si necesita un intérprete en la audiencia local: <input type="checkbox"/>	Firma de la persona que solicita una audiencia local		Fecha

PASO 2: Envíe por correo o entregue la solicitud de audiencia local dentro de los 14 días posteriores a la recepción de este aviso a:

<u>La agencia debe completar esta sección antes de entregar este aviso</u>	
A. Nombre de la agencia	PACIFIC PRESCHOOL
B. Dirección de la agencia	50 OCEAN ST.
C. Ciudad/estado/código postal	DAVENPORT, CA 95017
D. Nombre del contacto de la agencia	ERIC GROSS, DIRECTOR
E. Número de teléfono de la agencia	831-425-7002

PASO 3: La agencia le notificará la hora y el lugar de la audiencia dentro del plazo de diez (10) días calendario después de la recepción de la solicitud de audiencia. Usted o su representante autorizado deben asistir a la audiencia. Si usted o su representante no asisten a la audiencia, renuncia a sus derechos de apelación y se implementará la resolución de la agencia.

PASO 4: La agencia le enviará por correo o le entregará una decisión por escrito, dentro del plazo de diez (10) días calendario posteriores a la audiencia.

PASO 5: Si no está de acuerdo con la decisión por escrito de la agencia, tiene 14 días calendarios, periodo dentro del cual usted podrá apelar ante la División de Desarrollo Infantil (conocido en inglés como EESD). Su apelación ante la EESD debe incluir la siguiente información y documentos: (1) una declaración por escrito que especifique las razones por las cuales considera que la decisión de la agencia es incorrecta; (2) una copia de la carta de decisión de la agencia; y (3) una copia de ambos lados de este aviso. Puede enviar su apelación por fax al 916-323-6853, o bien enviarla a la siguiente dirección:

California Department of Education
Early Education and Support Division
1430 N Street, Suite 3410
Sacramento, CA 95814
Attn: Appeals Coordinator
Teléfono: 916-322-6233

PASO 6: Dentro del plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, la EESD le enviará una decisión por escrito a usted y a la agencia. Si se rechaza su apelación, la agencia dejará de prestar servicios de cuidado y desarrollo infantil inmediatamente después de la recepción de la carta de decisión del CDE.