|  |  |
| --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Servicios Vocacionales de Rehabilitación** **Comisión de la Fuerza Laboral de Texas****Solicitud para Audiencia deProceso Debido y/o Mediación**  |
| **Favor de mandar por correo, correo electronico, o entregarle este formulario llenado a:**   **TWC VR Hearings Coordinator****101 East 15th Street, Rm. 608,** **Austin, Texas** **78778-0001** **o****melissa.collins@twc.texas.gov** | **Solo para uso de TWC-VR** |
| Fecha recibido:       |
| **Información del Cliente** |
| Puede usar el reverso de una copia impresa de este formulario o adjuntar páginas adicionales.   |
| Nombre del solicitante o cliente (con letra de imprenta):      | Número de identificación del caso:      |
| Número de calle:      | Ciudad:      |
| Estado:      | Código postal:      |
| Número de teléfono:(   )       | Fecha de esta solicitud:      |
| Dirección de correo electrónico:      |
| ¿Qué discapacidad tiene? [ ]  Ciego o discapacitado visual [ ]  Otra cosa. Especifique:       |
| **Información Sobre Solicitud para una Audiencia**  |
| **Referente a la resolución o decisión del personal de TWC-VR que está disputando:**  |
| Se refiere ésta resolución o decisión a:[ ]  ¿Su elegibilidad a servicios de rehabilitación vocacional?[ ]  ¿Su elegibilidad a servicios bajo Servicios de Vida Independiente para Adultos Mayores Ciegos?[ ]  ¿Su elegibilidad a servicios adicionales?[ ]  ¿Denegación de servicios?[ ]  ¿Su Plan Individual de Empleo (IPE), Plan Individual Escrito de Rehabilitación (IWRP) o Plan de Vida Independiente (ILP) del programa para adultos mayores ciegos?[ ]  ¿La entrega o calidad de asesoramiento o de otros servicios?[ ]  ¿El costo de servicios permitidos por TWC-VR?[ ]  ¿El cierre de su caso o la terminación de servicios?[ ]  ¿Otra cosa? Si hay otra cosa, describa:       | ¿Quién tomó esa resolución?      |
| ¿En qué fecha tomaron estas personas la resolución o decisión?       |
| Describa brevemente porqué está disputando esta resolución:       |
| Describa el remedio que está buscando o cómo desea que se resuelva este asunto:      |
| Tiene derecho a pedir una mediación para tratar de resolver este asunto.¿Está de acuerdo con una mediación? [ ]  Sí [ ]  No |
| **Adaptaciones Solicitadas** |
| **Llene lo siguiente sólo si aplica**   |
| Estoy pidiendo las siguientes adaptaciones durante cualquier audiencia en este proceso:[ ]  Lector [ ]  Intérprete de lenguaje de sordomudos [ ]  Intérprete de lenguajeEspecifique el idioma:      [ ]  Otra cosa. Describa:       |
| **Aviso** |
| **Al firmar la solicitud para una audiencia de proceso debido y/o mediación, doy consentimiento y autorizo a TWC-VR   para que revele información acerca de mi qué TWC-VR tiene en su posesión según sea necesario para celebrar una audiencia o mediación formal.**   |
| **Autorización** |
| **Si se firma con una “X,” se necesitan dos testigos.**   |
| Firma de solicitante o cliente:**X**   |
| Firma de testigo:**X**   | Firma de testigo:**X**   |