|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CSO-1325A-S (1-17) | | ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY | R:\DCS_round_logo_K.jpg |
|  | **SOLICITUD PARA AUDIENCIA DEL SUBSIDO POR ADOPCIÓN** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Está es una solicitud para una audiencia con respecto a la carta de denegación, suspensión o terminación fechada | | | | | | |  | | , la cual |
|  | | | | | | | *Fecha de la carta* | |  |
| recibí en |  | *.* | | | | | | | |
|  | *Fecha en que se recibió la carta* |  | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL APELANTE** | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL MENOR ADOPTIVO: | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | |
| NOMBRE DEL PADRE ADOPTIVO: | | | | NOMBRE DEL PADRE ADOPTIVO: | | | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | | | | | |
| CIUDAD: | | | ESTADO: | | CÓDIGO POSTAL: | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | | TELÉFONO: | | | | | | |
| Acción que se apela: | | | | | | | | | |
| Declaración que explica por qué la acción adversa no está autorizada, es ilegal o es un abuso de discreción. | | | | | | | | | |
| **DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:** | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | |  | Adoption Subsidy-Phoenix Office  1818 E. Sky Harbor Blvd North  Suite 100  Phoenix, AZ 85034 | o | Adoption Subsidy-Tucson Office  4201 S. Santa Rita Ave., Suite 105  Tucson, AZ 85714 |  | | | | | | | | | | |
| Firma del padre adoptivo: | | | | | | | | Fecha: | |
| Firma del padre adoptivo: | | | | | | | | Fecha: | |

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del departamento está disponible a solicitud del cliente. • Available in English at your local office.