

**SOLICITUD DE VISTA IMPARCIAL  
PARA TRASLADO O DADA DE ALTA DE UN HOGAR DE ANCIANOS  
Anexo al Aviso de Traslado y Dada de Alta de un Hogar de Ancianos**

**Complete** este formulario si el residente está en desacuerdo con la dada de alta o el traslado y desea solicitar una Vista Imparcial con respecto a la decisión. Toda la información debe **ser completada**. **Por favor escriba** en letra de imprenta (**molde**).

NOMBRE DEL HOGAR DE ANCIANOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE ÁREA/TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

VISTA SOLICITADA PARA: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Residente)

REPRESENTANTE DEL RESIDENTE: \_\_\_\_\_  
(Si corresponde)

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL RESIDENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE ÁREA/TELÉFONO DEL REPRESENTANTE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**ESTOY EN DESACUERDO CON EL TRASLADO O DADA DE ALTA DEBIDO A LAS SIGUIENTES  
RAZONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Use una hoja adicional, de ser necesario)

\_\_\_\_\_  
Firma del Residente o Representante

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO O POR FAX A:**

**Department of Children and Families  
Office of Appeal Hearings  
1317 Winewood Boulevard  
Building 5, Room 203  
Tallahassee, Florida 32399-0700  
Número de teléfono: (850) 488-1429  
FAX: (850) 487-0662**