

Aviso de Traslado de Emergencia, Suspensión o Terminación

Nombre del Cliente: _____ Agencia y Programa: _____

A partir de esta fecha, _____ usted será transferido *de inmediato* (por favor, marque la acción que corresponda):

- 1. transferido a: _____
(Nombre del programa, dirección y teléfono)
- 2. suspendido por: _____
(Cantidad de días – 30 días como máximo)
- 3. terminación de los servicios que recibe de nuestro programa.

Esta acción se llevará a cabo de conformidad con la Sección 24(a) de la Ley de Reformas de Servicios para las Personas sin Hogar de 2005 (Ley del D.C. 16-0035, en vigor desde el 22 de octubre de 2005), debido a que la siguiente acción presenta *una amenaza inminente a su salud o seguridad o la de otras personas*. La siguiente *acción o amenaza fehaciente de violencia* tuvo lugar en *el predio de estas instalaciones*:

(Proporcione datos específicos del incidente, incluyendo fechas y horas. Si necesita espacio adicional, por favor adjunte una hoja aparte. Por favor, cite el nombre y la información de contacto de cualquier testigo, incluyendo el cliente).

Manténgase en contacto con el director de su programa. El DHS determinará, dentro de las 24 horas, si esta Acción de Emergencia puede ser confirmada. Si el DHS NO confirma esta Acción, usted tiene derecho a regresar a su albergue. Si el proveedor decide terminar sus servicios como una terminación “no urgente”, entonces el proveedor le emitirá un nuevo Aviso de Terminación.

Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de emergencia

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene derecho a apelarla mediante una Revisión Administrativa y una Audiencia Justa. Este proceso está explicado en el dorso o ha sido adjuntado. La acción de emergencia y sus derechos de apelación le serán explicados por la persona citada a continuación.

Se proporcionó una copia de este Aviso de Acción de Emergencia al cliente, en lo posible, por:

____ Entregada en mano o ____ Correo de primera clase a: _____
Fecha

Firma y Título del Director del Programa del Proveedor Fecha

Al firmar este documento, sólo estoy admitiendo que he recibido una copia de este aviso.

Firma cliente Fecha Nombre del testigo (impreso) y firma (si el cliente rehusó firmar) Fecha
=====

Una copia de este Aviso de Acción de Emergencia fue enviado por fax al DHS al 202-541-3964

el _____ a las _____ AM o PM (marque uno), por:

Fecha Hora Firma y Título del Personal del Proveedor

NO MODIFICAR ESTE AVISO
Documento oficial desarrollado de conformidad con la
Ley de Reforma de Servicios para Personas sin Hogar de 2005 (2/21/06)