|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Servicios Vocacionales de Rehabilitación**  **Comisión de la Fuerza Laboral de Texas**  **Solicitud para Audiencia de Proceso 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 lenguaje  Especifique 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** | | |