## **Notificación de traslado, suspensión o desvinculación con carácter de emergencia**

## Nombre del cliente: Organismo y programa:

A partir de usted está siendo *inmediatamente* (indique la medida que corresponda):

## \_ trasladado a:

\_\_\_

(nombre del programa, dirección y número de teléfono)

## \_ suspendido por:

\_\_\_

 (número de días - máximo 30 días)

\_\_\_

## \_ desvinculado de nuestro programa.

Esta medida se toma de conformidad con la Sección 24(a) de la Ley de Reforma de los Servicios para Personas sin Hogar de 2005 (Ley del Distrito de Columbia 16-0035, en vigor desde el 22 de octubre de 2005), porque el siguiente acto representa *una amenaza inminente para la salud o la seguridad propia o de otra persona. El siguiente acto o amenaza creíble de violencia tuvo lugar en los terrenos de esta institución*:

(Proporcione los hechos específicos del incidente, incluyendo fechas y horas. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja aparte. Indique los nombres e información de contacto de todos los testigos, incluido el cliente).

# *Permanezca en contacto con el director de su programa.* El DHS decidirá en un plazo de 24 horas si esta medida de emergencia es procedente. Si el DHS NO ratifica esta medida, usted tiene derecho a regresar al albergue. En caso de que el proveedor decida dar por terminados sus servicios como una medida sin carácter de emergencia, el proveedor le emitirá una nueva notificación de desvinculación*.*

**Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión con carácter de emergencia**

*Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelarla a través de una revisión administrativa y una audiencia imparcial. Este proceso se describe al dorso o se adjunta. La medida de emergencia* *y sus derechos de apelación le serán explicados por la persona indicada a continuación.*

# Se entregó una copia de esta notificación de medida de emergencia al cliente, de haber sido posible, por:

Entrega en mano o Correo de primera clase a

**\_\_\_\_**

**\_\_\_\_**

Fecha

Firma y título del director del programa del proveedor Fecha

# Con mi firma, únicamente admito haber recibido una copia de esta notificación.

Firma del cliente

Nombre (en imprenta) y firma del testigo (si el cliente se niega a firmar o no está disponible)

Fecha Fecha

=====================================================================

### Se ha enviado por correo electrónico una copia de esta notificación de medida de emergencia al DHS a emergency.terminations@dc.gov

el a las am o  pm (seleccione uno) Por

\_\_\_

\_\_\_

 Fecha Hora Firma y cargo del empleado del proveedor

**Su derecho a Apelar su traslado, suspensión o desvinculación de emergencia**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de traslado, suspensión o desvinculación inmediata de su albergue o vivienda de apoyo, puede apelar a través de una audiencia imparcial. Antes de la audiencia imparcial, usted tiene derecho a solicitar una revisión administrativa. La revisión administrativa es opcional y menos formal que una audiencia imparcial. Si lo desea, puede optar por ambas.

Usted tiene derecho a apelar este traslado, suspensión o desvinculación de emergencia en un plazo de 90 días a partir de la recepción de la notificación por escrito de la medida de emergencia, ***pero no tiene derecho a permanecer en su albergue o vivienda mientras apela, a menos que el DHS ordene al programa que permita su regreso.* PERMANEZCA EN CONTACTO CON EL DIRECTOR DE SU PROGRAMA PARA ENTERARSE DE LA DECISIÓN DEL DHS.**

### Revisión inmediata por parte del DHS:

* En un plazo de 24 horas, el DHS decidirá si esta medida de emergencia es procedente.
* Si la medida de emergencia no es procedente, el proveedor le permitirá regresar.
* Si el proveedor decide dar por terminados sus servicios como una desvinculación sin carácter de emergencia, el proveedor le emitirá una nueva notificación de desvinculación.

### Para solicitar una "audiencia justa", debe:

* Llamar a la Oficina de Audiencias Administrativas, al 202-442-9094 o enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Audiencias Administrativas, 441 4th Street, N.W., Suite 450 North, Washington, D.C. 20001; ***o bien***
* Informarle a un empleado de su lugar de residencia de que desea una audiencia imparcial. Por ley, él o ella debe ayudarle a presentar su solicitud; **o**
* Llamar a la Administración de Servicios Familiares, al 202-698-4170, o enviar su solicitud por escrito a la Administración de Servicios Familiares, 64 New York Avenue, N.E., Washington, D.C. 20002.

### Para acceder a una “revisión administrativa”:

* No es necesario que solicite la revisión administrativa. Una vez que solicite la audiencia imparcial, se le programará una revisión administrativa.
* Se le enviará un aviso notificándole la hora, fecha y lugar para la revisión administrativa.
* Si no comparece a la revisión administrativa, igualmente se celebrará su audiencia imparcial. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una notificación comunicándole la hora, fecha y lugar para la audiencia imparcial.

### En su audiencia imparcial o revisión administrativa:

* Usted tiene derecho a ser representado por un abogado (véase a continuación), un familiar o cualquier otra persona de su elección que no sea empleado del Gobierno del Distrito de Columbia y a aportar testigos o pruebas que ayuden a su caso.

### Usted puede obtener representación legal gratuita de:

* + *The Washington Legal Clinic for the Homeless al (202) 328-5500*
	+ *Legal Aid Society of the District of Columbia al (202) 628-1161*
	+ *Bread for the City al (202) 265-2400 O (202) 561-8587*

### Denuncias por discriminación:

* Si cree haber sido discriminado por su raza, religión, color, sexo, origen nacional, discapacidad, apariencia personal, edad, estado civil, orientación sexual u otro motivo, puede llamar a la Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia al 727-4559 en un plazo de 365 días a partir del hecho.