



Servicios Vocacionales de Rehabilitación  
Comisión de la Fuerza Laboral de Texas  
**Solicitud para Audiencia de  
Proceso Debido y/o Mediación**

**Información del Cliente**

Nombre del solicitante o cliente:

Número de identificación del caso:

Dirección:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

¿Qué discapacidad tiene?

Ciego o discapacitado visual

Otra discapacidad. Si otra discapacidad, especifique:

Fecha de esta solicitud:

**Información Sobre Solicitud para una Audiencia**

Referente a la resolución o decisión del personal de TWC-VR que está disputando, ¿a qué se refiere la resolución o decisión?

Mi elegibilidad a servicios de rehabilitación vocacional

Mi elegibilidad a servicios bajo Servicios de Vida Independiente para Adultos Mayores Ciegos

Mi elegibilidad a servicios adicionales

Denegación de servicios

Mi 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 mi caso o la terminación de servicios

Otra preocupación. Si otra preocupación, 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:
- Otras adaptaciones. Si se necesitan otras adaptaciones, 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**

Firma de solicitante o cliente:

**Favor de mandar por correo, correo electronico, o entregarle este formulario llenado a:**

**TWC VR Hearings Coordinator  
101 East 15th Street, Room 608  
Austin, TX 78778-0001**

**o**

**[melissa.collins@twc.state.tx.us](mailto:melissa.collins@twc.state.tx.us)**

**Solo para uso de TWC.** Fecha recibido: