



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 electrónico, o entregarle este formulario llenado a:

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

o

melissa.collins@twc.texas.gov

Solo para uso de TWC. Fecha recibido: