



SOLICITUD DEL PARTICIPANTE PARA REVISIÓN Y/O
AUDIENCIA IMPARCIAL

DECLARACION DE PRIVACIDAD – La información solicitada en este formulario, incluyendo el nombre y la dirección, es necesaria para la identificación. No proporcionar la información solicitada puede provocar retrasos en los servicios o el rechazo de su solicitud.

TENGA EN CUENTA – Completar y enviar este formulario puede ayudarle a explicar y detallar las decisiones o acciones del NMDVR con las que no está de acuerdo. Sin embargo, completar y enviar este formulario es voluntario y NO es un requisito al solicitar una revisión.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FECHA ACTUAL
NÚMERO DE TELÉFONO <input type="checkbox"/> Marque si es TTY	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CIUDAD ESTADO CP
DIRECCIÓN POSTAL <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la anterior	CIUDAD ESTADO CP
NOMBRE DEL CONSEJERO	UBICACIÓN DE OFICINA DE NMDVR

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL CLIENTE (CAP)

CAP es un programa financiado con fondos federales que defiende y protege los derechos de las personas con discapacidades y está disponible comunicándose con Derechos de Discapacidad de New Mexico. Si necesita ayuda para completar este formulario o desea ayuda para resolver un problema con NMDVR, puede comunicarse con CAP en:

**Derechos de Discapacidad de
New México 3916 Juan Tabo
Blvd., NE Albuquerque, NM
87111
TEL/TTY: (505) 256-3100
NÚMERO GRATUITO: (800) 432-4682**



No estoy de acuerdo con una decisión o acción de NMDVR y solicito lo siguiente:

- Revisión de supervisión informal**
- Mediación**
- Audiencia justa**

***Nota: puede solicitar una o más de las opciones de revisión anteriores.**

Explique las decisiones tomadas por la NMDVR o las inacciones o acciones tomadas con las que no está de acuerdo. Incluya la(s) fecha(s) de la(s) decisión(es) o acción(es). Puede adjuntar páginas adicionales si es necesario.

Explique por qué no está de acuerdo y cómo le gustaría que se resolviera el problema. Puede adjuntar páginas adicionales si es necesario.

Enumere todas las adaptaciones que necesita (como intérpretes, sistemas de asistencia auditiva o formatos alternativos):

Al firmar este formulario, usted acepta la divulgación de la información contenida en este formulario y la información necesaria para llevar a cabo la Revisión de supervisión informal, la mediación y/o la audiencia justa.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA DE FIRMA

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO FIRMADO Y COMPLETO

A:

**Director de NMDVR
2935 Rodeo Park Drive East
Santa Fe, NM 87505
o por correo electrónico a contact@dvr.nm.gov**